

Maria Rui Miranda Grilo Correia de Sousa

**PROMOVER O AUTOCUIDADO
APOIAR A ADESÃO E A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO**

Programa de Intervenção de Enfermagem em Pessoas com Diabetes

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências
de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Orientadora – Doutora Teresa Martins

Categoria – Professora coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientador – Doutor Filipe Pereira

Categoria – Professor coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Aos meus filhos, Ana e Francisco

Um Reino Maravilhoso

Vou falar-lhes dum Reino Maravilhoso.
Embora muitas pessoas digam que não,
sempre houve e haverá
reinos maravilhosos neste mundo.
O que é preciso, para os ver,
é que os olhos não percam a virgindade original
diante da realidade,
e o coração, depois, não hesite.
Ora, o que pretendo mostrar,
meu e de todos os que queiram merecê-lo,
não só existe,
como é dos mais belos que se possam imaginar (...)

Miguel Torga

(1907 – 1995)

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Teresa Martins, minha orientadora, pela partilha do seu conhecimento, pelos seus sábios conselhos, pela sua dedicação, camaradagem e incentivo.

Ao Professor Doutor Filipe Pereira, meu coorientador, pela sua visão, comentários e acompanhamento.

Aos dois, o meu mais profundo e sincero reconhecimento.

Às enfermeiras Laurentina, Ilda e Isabel, porque acreditam em uma enfermagem com mais enfermagem e avançam com coragem pelos obstáculos que encontram. Às enfermeiras Carla, Clara, Amélia, Olga, Laurinda e Catarina, porque ousaram permitir a mudança.

Aos utentes com diabetes, centro da nossa atenção, pela partilha das suas vidas, das suas experiências. Sem eles não seria possível a realização desta investigação.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto que desenvolveu um esforço no sentido de permitir que os seus profissionais possam dedicar-se à investigação, mesmo perante as inúmeras contingências.

Às minhas colegas e amigas Zé Peixoto, Zé Lumini e Fátima Araújo, que ouviram as minhas inquietações e que me ajudaram a que este relatório se tornasse de mais fácil leitura. À Célia, pelo seu alento.

E, finalmente, aos que sempre estiveram comigo, que sempre me apoiaram e constituíram o meu “porto seguro”: os meus pais, o Luís, os meus filhos e a minha família.

A todos os que me acompanharam. Bem hajam!

Resumo

A investigação aqui descrita pretende contribuir para o empenho que a disciplina e profissão de enfermagem tem vindo a fazer com a intenção de capacitar as pessoas com diabetes para uma gestão mais competente da doença e do regime terapêutico, potenciando o bem-estar.

Pretendendo prestar cuidados mais significativos e adequados aos clientes, desenvolvemos um estudo longitudinal, baseado nos princípios da investigação-ação onde, em parceria, com um grupo de enfermeiros dos cuidados de saúde primários, delineamos, implementamos e avaliamos um programa de intervenção educacional. Este programa, tendo como subjacente a filosofia do *empowerment* e sendo dirigido às componentes psicossociais e comportamentais foi desenvolvido ao longo de um ano, com uma amostra não probabilística de 86 pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2.

Para avaliar o impacto do programa procedemos à aplicação, antes e após a sua implementação, de um conjunto de instrumentos que avaliaram os conhecimentos, as representações de doença, a autoeficácia percebida, o suporte social, a qualidade de vida, os cuidados com o regime terapêutico e os principais marcadores clínicos. Realizámos, ainda, uma entrevista estruturada a 21 participantes, de forma a aprofundar o nosso conhecimento sobre os “efeitos” do programa.

Os resultados obtidos demonstraram uma melhoria estatisticamente significativa na maioria das variáveis psicossociais, nos comportamentos de autocuidado e nos marcadores clínicos.

Esta investigação vem corroborar a necessidade de adotar novas abordagens à pessoa com doença crónica. Os cuidados centrados no cidadão, promotores do *empowerment*, permitem que a pessoa mobilize competências para gerir com maior eficácia a sua saúde. Em simultâneo, este estudo possibilitou que os enfermeiros, coautores do programa, desenvolvessem a sua prática, orientados por um modelo mais centrado nas respostas humanas às transições. Os enfermeiros, no âmbito da sua intervenção autónoma, possuem um conjunto de intervenções com grande potencial para ajudar as pessoas a obterem ganhos em saúde, em particular no âmbito do seu autocuidado com a diabetes.

Palavras-chave: Adesão; Autocuidado; Cuidados centrados na pessoa; Diabetes; *Empowerment*; Gestão do regime terapêutico; Investigação-ação; Programa educacional

Abstract

The research described here aims to contribute to the effort done, by nursing discipline and profession, to enable people with diabetes to do a more competent management of their disease and the therapeutic regimen, therefore enhancing their well-being.

In order to provide more meaningful and appropriate care to the clients, we developed a longitudinal study based on action research principles, where we designed, implemented and evaluated a program of educational intervention. This was done in partnership with a group of nurses of primary care. This program is based on the philosophy of *empowerment* and, being directed to the psychosocial and behavioral components, was developed over a year with a non-probability sample of 86 people with type 2 diabetes mellitus.

To evaluate the impact of the program we applied - before and after its implementation - a set of instruments that evaluated knowledge, illness perceptions, perceived self-efficacy, social support, quality of life, the care regimen and main clinical markers. We also did a structured interview to 21 participants in order to deepen our knowledge of the "effects" of the program.

The obtained results showed a statistically significant improvement in most psychosocial variables, self-care behaviors and clinical markers.

This research corroborates the need to adopt new approaches to a person with a chronic disease. The cares centered in the clients and promoters of *empowerment* allow the person to mobilize skills to manage more effectively their health.

Simultaneously this study enabled nurses, as co-authors of the program, to develop their practice, guided by a model more centered on human responses to the transitions. Nurses, in its autonomous intervention, have a set of interventions with a great potential to help people to achieve health gains, particularly in the context of self-care with diabetes.

Keywords: Action research; Adherence; Diabetes; Educational program; *Empowerment*; Person-centered care; Self-care; Self-management

Abreviaturas e siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

ARS – Administração Regional de saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes *mellitus*

DP – Desvio Padrão

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

HbA1c – Hemoglobina glicada ou hemoglobina glicada A1c

IA – Investigação-Ação

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

ICN – International Council of Nurses/ Conselho Internacional de Enfermeiros

IDF – International Diabetes Federation

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

M – Média

Mn – Mínimo

Mx – Máximo

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS – Organização Mundial da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

P – Peso

PA – Perímetro Abdominal

PAIDM2 – Processo Assistencial Integrado na Diabetes *Mellitus* tipo 2

PNS – Plano Nacional de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

TA – Tensão Arterial

TIC – Tecnologias da informação e dos computadores

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCFD – Unidades Coordenadoras Funcionais para a Diabetes

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho do estudo.....	61
Figura 2 - Fatores facilitadores/inibidores na gestão do regime terapêutico: dimensões e categorias	87
Figura 3 - Fatores que influenciam os comportamentos de adesão	136
Figura 4 - Papel e características do enfermeiro na promoção da adesão ao regime terapêutico.....	142
Figura 5 - Fatores que influenciam o trabalho dos enfermeiros na pessoa com doença crónica.....	143
Figura 6 - Estrutura do programa educacional “Viver em harmonia com a diabetes”	192

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Os cinco passos da mudança comportamental (Anderson & Funnell, 2005)...	55
Tabela 2 - Finalidade e método dos estudos	61
Tabela 3 - Principais problemas identificados pelos enfermeiros e estratégias sugeridas na mudança.....	164
Tabela 4 - Conteúdos do programa “ <i>Viver em harmonia com a diabetes</i> ”	194
Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa das dificuldades apresentadas nas principais componentes do regime terapêutico, antes e após o programa e valores de p relativos ao teste <i>McNemar</i>	220
Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa dos recursos informativos sobre as componentes do regime terapêutico, antes e após o programa e valores de p relativos ao teste <i>McNemar</i>	221
Tabela 7 - Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) e valores do teste t dos itens do QCD, antes e após o programa	221
Tabela 8 - Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) e valores do teste t dos itens do Brief-IPQ, antes e após o programa.....	223
Tabela 9 - Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) e valores do teste t dos itens do DES-SF, antes e após o programa	225
Tabela 10 - Frequência absoluta e relativa da influência dos familiares na gestão do regime terapêutico, antes e após o programa.....	226
Tabela 11 - Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) e valores do teste t das dimensões do Autocuidado, antes e após o programa.....	228
Tabela 12 - Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) e valores do teste t na Qualidade de Vida, antes e após o programa	229

Tabela 13 - Distribuição da média (<i>M</i>) e desvio padrão (<i>DP</i>) e valores do teste <i>t</i> nos marcadores clínicos, antes e após o programa.....	230
Tabela 14 - Categorias e unidades de registo referentes ao impacto do programa nas variáveis psicossociais.....	231
Tabela 15 - Categorias e unidades de registo referentes ao impacto do programa nos comportamentos de autocuidado	232

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	23
1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	25
1.1.1 <i>A diabetes mellitus: novos desafios</i>	28
1.1.2 <i>Cuidados centrados na pessoa</i>	31
1.1.3 <i>Autocuidado</i>	32
1.1.4 <i>Adesão</i>	36
1.1.5 <i>Autogestão</i>	42
1.1.6 <i>Educação terapêutica</i>	46
1.1.7 <i>Papel dos profissionais de saúde</i>	48
1.2 O EMPOWERMENT.....	52
1.3 VISÃO GERAL DO ESTUDO	57
1.3.1 <i>O curso da ação</i>	60
1.3.2 <i>O contexto</i>	62
1.3.3 <i>Os atores da investigação</i>	64
1.3.4 <i>Considerações éticas</i>	65
1.4 VISÃO GERAL DO RELATÓRIO.....	67
1.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
2. COMPREENDER A EXPERIÊNCIA DE QUEM VIVE COM A DIABETES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO	81
2.1 INTRODUÇÃO	82
2.2 OBJETIVOS.....	83
2.3 MÉTODO.....	83
2.3.1 <i>Participantes e amostra</i>	83
2.3.2 <i>Recolha de dados</i>	84
2.3.3 <i>Procedimentos</i>	85

2.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	86
2.5 CONCLUSÕES	119
2.6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
3. CAMINHANDO PARA UMA ENFERMAGEM MAIS AVANÇADA: ANÁLISE SOBRE AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM À PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA.....	129
3.1 INTRODUÇÃO	130
3.2 OBJETIVOS.....	131
3.3 MÉTODO.....	132
3.3.1 Participantes	133
3.3.2 Recolha de dados	133
3.3.3 Procedimentos	134
3.4 RESULTADOS	136
3.5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	146
3.6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165
4. PLANEAR A AÇÃO PARA POTENCIAR A MUDANÇA: CONCEÇÃO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO PROMOTOR DO AUTOCUIDADO NA DIABETES	171
4.1 INTRODUÇÃO	172
4.2 OBJETIVOS.....	181
4.3 MÉTODO.....	182
4.3.1 Participantes	182
4.3.2 Recolha de dados	183
4.3.3 Procedimentos	184
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	187
4.5 RESULTADOS	188
4.6 IMPLICAÇÕES DO PROGRAMA	197

4.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	198
5. IMPACTO DE UM PROGRAMA EDUCACIONAL NAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS, NOS COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO E NOS MARCADORES CLÍNICOS, EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2	205
5.1 INTRODUÇÃO	206
5.2 OBJETIVOS	210
5.3 MÉTODO	211
5.3.1 Participantes	211
5.3.2 Instrumentos	211
5.3.3 Procedimentos	216
5.3.4 Tratamento da informação	218
5.4 RESULTADOS	218
5.5 DISCUSSÃO	233
5.6 CONCLUSÃO	244
5.7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	246
5.8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	247
6. CONCLUSÕES GERAIS	255
6.1 IMPACTO DO PROGRAMA NA PESSOA COM DIABETES	256
6.2 CONTRIBUTO DA INVESTIGAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	259
6.3 O PROGRAMA: FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES	263
6.4 CONTRIBUTO DA INVESTIGAÇÃO PARA A DISCIPLINA	267
6.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	269
ANEXOS	271
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	273
ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO	277
ANEXO 3 – DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA	281

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES DAS ESCALAS.....	285
ANEXO 5 – GUIÃO DA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA	293
ANEXO 6 – QUESTIONÁRIOS	297
ANEXO 7 – GUIÃO DA ENTREVISTA PÓS-PROGRAMA.....	307

1. INTRODUÇÃO

Este relatório expõe as diferentes etapas percorridas ao longo de uma investigação no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, realizado no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), e que se focou sobre o autocuidado da pessoa com doença crónica, concretamente com diabetes *mellitus* tipo 2.

Com a colaboração de um grupo de enfermeiros, procedeu-se ao planeamento, implementação e avaliação de um programa educacional que visa promover, na pessoa/cliente, competências que lhe permitam controlar a diabetes, integrando-a na sua vida e minimizando o seu impacto na saúde e bem-estar.

A escolha desta área foi motivada por várias razões. A investigação produzida em torno da doença crónica identifica claramente o seu efeito na saúde das populações e orienta os serviços de saúde para a adoção de novas estratégias de atuação, que sugerem o envolvimento ativo de toda a sociedade, no sentido de alterar este cenário. Porque muitas destas doenças estão diretamente relacionadas com estilos de vida e, portanto, o seu controlo depende fortemente das atitudes e comportamentos das pessoas, urge promover uma cultura de cuidados de saúde que crie condições para que estas possam mobilizar as suas competências, de forma a perseguir o seu projeto de saúde.

A solução passa por uma intervenção abrangente e integrada a vários níveis (OMS, 2003). Embora os avanços obtidos na área das ciências médicas tenham contribuído extraordinariamente para a identificação precoce dessas doenças, o seu carácter de cronicidade obriga a que as pessoas tenham que incorporar na vida a sua gestão, aprendendo a controlá-las e a reduzir os seus efeitos e complicações.

O paradigma de cuidados vigente, porque ainda muito centrado na parte curativa, não tem respondido eficazmente a este novo desafio. Se é verdade que os problemas estão identificados e existem orientações claras, decorrentes de uma análise rigorosa e profunda da situação, também é verdade que ainda se revelam limitadas as respostas que a sociedade tem encontrado para este problema. Embora uma das soluções passe por comprometer o cidadão na gestão da sua saúde, este só poderá ser responsabilizado se tiver condições de acesso a uma vida saudável e se receber apoio profissional para tomar decisões saudáveis (OMS, 2005). É neste contexto que a enfermagem e os cuidados de enfermagem podem dar um contributo significativo para a saúde das populações.

O diagnóstico de uma doença crónica provoca, habitualmente, uma disrupção no decurso natural de vida e envolve um conjunto de mudanças, com impacto na forma como a pessoa se vê e se adapta ao mundo social, levando-a a redefinir papéis e a encetar um esforço de modo a proteger a sua identidade da ameaça e do estigma provocado pela doença (Bury, 1982 & Gerhardt, 1989, cit. por Rogers, Lee & Kennedy, 2007). Esta nova condição na saúde pode originar um processo de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). As transições implicam a inclusão de novos conhecimentos, a alteração de comportamentos e também a modificação da visão que a pessoa tem de si, inserida no contexto social (Meleis, 2005).

Compreender o processo de adaptação e resposta à doença iniciado pela pessoa, assume especial relevância para os enfermeiros, pois constitui a base para a conceção de cuidados mais significativos para os clientes.

Os enfermeiros estão em posição privilegiada para intervir junto das necessidades em saúde dos clientes, decorrente do seu mandato social, da posição que ocupam na equipa multidisciplinar e da proximidade que têm com a população (ICN, 2010; OE, 2009; WHO, 2003). Viver com uma doença de longa duração e manter o bem-estar “exige” que a pessoa experiencie uma serie de transições que beneficiam com a intervenção de enfermagem em diferentes estádios e em determinados eventos críticos. O modo como experienciam e respondem a essas mudanças constitui o foco central para a disciplina de enfermagem. Da mesma forma, as estratégias que os enfermeiros utilizam no sentido de facilitar essas transições, assumem especial relevância na área da investigação (Meleis, 2010).

Perante o exposto, e decorrente do nosso desempenho profissional na área da docência de enfermagem, considerámos encontrarmo-nos numa posição privilegiada para desenvolver esta investigação pois movemo-nos, em simultâneo, no ambiente académico e no ambiente clínico. No primeiro, somos estimulados a procurar a melhor evidência científica disponível que sustente o processo ensino-aprendizagem, de modo a formar profissionais altamente qualificados. No segundo, contactamos diretamente com os clientes, nas instituições de saúde e no seu ambiente natural, apercebendo-nos da realidade em que se inserem, dos seus problemas e das suas necessidades. Ainda, neste contexto clínico, trabalhamos de perto com os enfermeiros, o que nos permite aceder aos modelos que norteiam a sua prática e ao seu posicionamento face aos cuidados que prestam.

Esta conjuntura, associada à parceria que se estabeleceu entre a antiga Sub-Região de Saúde de Vila Real, atualmente constituída pelo Agrupamento de Centros de Saúde Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso e pelo Agrupamento de Centros de Saúde Douro I - Marão e Douro Norte, e a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi igualmente preponderante para enveredar por esta investigação. Porque os enfermeiros dos cuidados de saúde primários pretendiam melhorar as suas competências para prestar cuidados mais significativos às pessoas, a ESEP comprometeu-se a disponibilizar diversas formações no âmbito do autocuidado à pessoa com doença crónica.

Perante as circunstâncias, consideramos reunir condições geradoras de motivação, no sentido de contribuir para a expansão do conhecimento disciplinar e para a inovação de processos assistenciais que se consubstanciem em ganhos em saúde para os clientes.

Julgamos que esta investigação comporta grandes desafios, pois pretende contribuir para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, pretende implementar práticas inovadoras na abordagem à pessoa com doença crónica e deseja, sobretudo, promover a responsabilização das pessoas pela sua saúde.

Tendo como foco a gestão e a adesão ao regime terapêutico na pessoa com diabetes, trabalhamos com um grupo de enfermeiros na construção de estratégias que se reflitam em cuidados que respondam às necessidades concretas dos clientes. Dentro do seu âmbito de atuação, os enfermeiros procuram criar condições que facilitem e promovam o *empowerment* do cliente, ajudando-o a tomar decisões informadas acerca da gestão da sua saúde, e dos cuidados específicos à sua doença.

1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Os atuais desafios com que muitos dos países se debatem, consequência de um quadro demográfico marcado pelo envelhecimento populacional e da procura da sustentabilidade económica e ambiental, orientam os sistemas de saúde para a busca de soluções viáveis, que respondam às necessidades em saúde da sua população. De facto, assistimos atualmente a um aumento das doenças crónicas que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) serão a principal causa de incapacidade no mundo até 2020, e representarão a maior sobrecarga para os sistemas de saúde (WHO, 2008a). Inicialmente associadas aos países desenvolvidos, os estudos demonstram agora que, nos países de baixo e médio rendimento, estas condições assumem uma proporção preocupante, contribuindo para a maior causa de morte (WHO, 2008a).

Acresce o facto do seu impacto se fazer sentir mais acentuadamente na população com baixos níveis de rendimentos, contribuindo também para aumentar as desigualdades sociais entre as pessoas (IDF, 2013; WHO, 2008a).

Relativamente à diabetes, a OMS prevê que as mortes causadas por esta doença aumentem cerca de 50% na próxima década, caso não sejam tomadas medidas urgentes (WHO, 2009). Estima-se que 10% do total da população europeia tenha diabetes e que, até 2030, esta percentagem ascenda para 16,6%, devido a fatores vários, entre eles a obesidade e o envelhecimento populacional (União Europeia, 2012).

Concretamente em Portugal, calcula-se que, em 2008, as doenças crónicas tenham sido responsáveis por 86% das mortes, sendo que a diabetes contribuiu com uma percentagem de 5% (WHO, 2011), surgindo como uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda da qualidade de vida. A sua prevalência total em idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos tem vindo a aumentar de 11,7%, em 2009, para 12,9%, em 2012 (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013). Relativamente à taxa de incidência, de acordo com dados fornecidos pelos Médicos Sentinela, verificou-se um aumento acentuado de novos casos na última década, com um acréscimo de 3,8% entre 2003 e 2012 (cit. por Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013). Estes valores comportam algumas especificidades: existe uma forte correlação entre o envelhecimento e o incremento da prevalência da diabetes; 90% da população com diabetes apresenta excesso de peso ou obesidade; e existem diferenças estatisticamente significativas na prevalência entre homens (com valores mais elevados) e mulheres. A elevada prevalência da hiperglicemia intermédia também é preocupante já que, em 2012, atingia 26,8% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos.

São inúmeras as consequências desta patologia, quer para a pessoa afetada e sua família, quer para a sociedade em geral. Na maior parte dos países desenvolvidos ela é a principal causa de cegueira, amputação dos membros inferiores e insuficiência renal, estando também associada a riscos aumentados de doença coronária e acidentes vasculares cerebrais. Estes problemas traduzem-se diretamente em sofrimento e perda efetiva de qualidade de vida para a pessoa doente e familiares, e em mortes prematuras. Mas, este impacto, também se repercute na sociedade, pelos gastos elevados que comporta para o Serviço Nacional de Saúde, pela perda de produtividade e pelas oportunidades perdidas de desenvolvimento (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013).

Portugal tem vindo a fazer um esforço notável para alterar este panorama. Desde a década de setenta que, através do Programa Nacional para a Diabetes, têm vindo a ser

delineadas, numa ação concertada entre várias entidades e organizações, medidas de intervenção que visam a redução da incidência da diabetes e suas complicações, através do reforço da capacidade organizativa e da introdução de modelos de boas práticas aos vários níveis de prevenção (DGS, 2007). Apesar deste esforço, um relatório produzido pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) identifica um conjunto de aspetos que continuam a limitar a oferta de serviços na área da diabetes *mellitus* (ERS, 2011). Alguns destes aspetos prendem-se com o acesso aos cuidados de saúde primários, com a educação para a saúde e com os recursos materiais e humanos. Devido ao elevado número de utentes e à dificuldade na atribuição do médico de família, muitos dos contactos realizados com os serviços de saúde ocorrem para levantar receituários, perdendo-se a oportunidade para avaliar os utentes em termos clínicos e laboratoriais. A educação para a saúde também não tem a expressão pretendida, devido, em parte, às solicitações de cuidados de âmbito curativo, que remetem para um plano secundário os cuidados preventivos e/ou de promoção de saúde. Acrescem os poucos recursos humanos e as limitações arquitetónicas das instalações que dificultam as reuniões em grupo. A inclusão de técnicos como professores de educação física, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros, poderia também constituir uma vantagem na definição de planos terapêuticos mais abrangentes e adequados ao utente (ERS, 2011). Neste documento fica evidente a importância da consulta de enfermagem, pois revela-se essencial na prestação de cuidados. Aliás, muitos dos clientes parecem privilegiar esta consulta. O papel que os enfermeiros assumem junto da pessoa com diabetes, a relação que com ela estabelecem e a desburocratização e celeridade no agendamento dos contactos, são fatores que promovem esta consulta (ERS, 2011). Neste sentido, encontramos-nos perante um capital que urge potenciar, nomeadamente através de programas mais estruturados e consistentes.

Mais recentemente, no sentido de dar resposta à Resolução tomada pelo Plenário do Parlamento da União Europeia (2012), que orienta e incentiva os estados membros a encontrar estratégias no domínio da prevenção, diagnóstico, gestão, educação e investigação, para ultrapassar os desafios que esta doença acarreta, o Ministério da Saúde cria, em 2013, as Unidades Coordenadoras Funcionais para a Diabetes (UCFD). Estas têm como principal função coordenar os diferentes níveis de cuidados de modo a melhorar o processo assistencial e de acompanhamento da doença (Despacho n.º 3052/2013 de 26 de fevereiro). Neste despacho ministerial fica clara a intenção de constituir equipas multidisciplinares altamente diferenciadas que, em colaboração com as unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e com os serviços hospitalares, apostem na educação para a saúde e na autogestão da diabetes (ibidem).

Reforçando a necessidade da cooperação, de comunicação efetiva entre as várias equipas de saúde e de cuidados estruturados, de modo a evitar duplicação de cuidados e intervenções episódicas, aposta-se na necessidade de orientar a prática clínica para resultados pautados pela qualidade no processo assistencial e por uma utilização efetiva dos recursos.

O Processo Assistencial Integrado na Diabetes *Mellitus* tipo 2 (PAIDM2) centra-se nas necessidades e expectativas da pessoa com diabetes e reflete uma cultura de cuidados centrada no cidadão, mas também no próprio processo de cuidados (DGS, 2013a). O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, orientador da política de saúde, reforça a necessidade de promover no cidadão, família e comunidades a capacidade para que resistam às adversidades, contribuindo para o seu *empowerment* (DGS, 2013b). Neste documento destacam-se algumas ideias centrais: a saúde vista numa perspetiva salutogénica e a responsabilidade do cidadão e da comunidade envolvente em manter e promover o seu potencial de saúde. Uma vez que a cidadania em saúde se apresenta como um dos principais eixos estratégicos, devem ser tomadas medidas no sentido de conferir ao cidadão poder e responsabilidade para melhorar a saúde individual e coletiva e promover a literacia em saúde (DGS, 2013b). No entanto, esta cultura de cidadania deve ser apoiada por ações concertadas a nível político, organizacional e individual. Por exemplo, a nível organizacional, os profissionais de saúde deverão desenvolver programas estruturados de educação para a saúde e de autogestão da doença. Avaliando o contexto socioeconómico e cultural onde o cliente se insere, o profissional de saúde adequa os cuidados a essa realidade e fomenta a participação da pessoa no processo de decisão terapêutica (DGS, 2013b). A nível individual também estão contemplados alguns princípios que deverão orientar os utilizadores dos serviços de saúde. Assim, os cidadãos devem melhorar as suas competências para exercer responsabilmente os seus direitos e deveres e devem estabelecer alianças terapêuticas com os profissionais, formando parcerias na gestão da doença (DGS, 2013b).

1.1.1 A diabetes mellitus: novos desafios

A diabetes é uma doença crónica que surge quando o pâncreas não consegue produzir insulina suficiente ou quando o corpo não a consegue utilizar eficazmente (IDF, 2013; SPD, 2013).

Embora existam vários tipos de diabetes, os dois subtipos principais são a diabetes *mellitus* (DM) tipo 1 e tipo 2, sendo este último o mais vulgar, pois atinge aproximadamente 90% das pessoas com a doença e ocorre tipicamente no adulto obeso,

principalmente a partir da quarta década de vida. No entanto, esta tendência tem vindo a sofrer alterações pois este tipo de diabetes começa a manifestar-se simultaneamente na população mais jovem (IDF, 2013). Na DM tipo 2 o corpo é capaz de produzir insulina mas, ou esta não é suficiente, ou o organismo torna-se resistente aos seus efeitos, provocando uma situação de hiperglicemia, extremamente lesiva aos órgãos e tecidos (IDF, 2013).

De um modo geral, os estilos de vida que as pessoas adotam têm sido associados aos fatores de risco da doença. Uma vida sedentária com pouca atividade física, uma alimentação com excesso de calorias e gorduras e a presença de obesidade, associadas a um ritmo de vida extremamente acelerado, contribuem para o aparecimento da DM tipo 2. Acrescem ainda fatores de risco não modificáveis, como o envelhecimento, a etnia, a existência de antecedentes familiares e a existência de glicemias maternas elevadas durante a gestação (IDF, 2013).

O tratamento da doença tem como principal objetivo manter os níveis de açúcar no sangue próximos do normal, e assenta em três grandes pilares: a medicação, a alimentação e o exercício físico. A Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), em consonância com a International Diabetes Federation (IDF), a European Association for the Study of Diabetes (EASD) e a European Society of Cardiology (ESC), consideram que o valor desejável da hemoglobina glicada A1c (HbA1c) deverá ser inferior a 6,5% (cit. por DGS, 2011). Frequentemente, após ser diagnosticada diabetes, se o valor da HbA1c não exceder os 7% e se a pessoa se encontrar motivada para adequar o seu estilo de vida às novas necessidades para gerir a doença, opta-se habitualmente por um tratamento não farmacológico, que inclui a adoção de uma alimentação saudável, associada à prática de exercício físico regular (Inzucchi *et al.*, 2012).

É consensual que a alteração dos estilos de vida, nomeadamente na dieta e na atividade física, constitui um dos principais pilares da terapêutica (Duarte, Nunes, Dores & Medina, 2013). No entanto, alterar hábitos de vida profundamente enraizados representa, frequentemente, uma dificuldade, pois estes são influenciados por um conjunto de condições internas, como crenças, motivação, preferências e significados, mas também por condições externas, relacionadas com o meio e suporte familiar, socioeconómico e cultural.

O regime terapêutico aconselhado para o controlo da diabetes é considerado extremamente desafiante pelo grau de envolvimento ativo fora do comum que exige à pessoa pois, mais de 90% dos cuidados que esta necessita são da sua inteira responsabilidade (Anderson & Funnell, 2010). Exige, ainda, que muitos dos hábitos de

vida sejam alterados implicando mudanças comportamentais por vezes profundas, com repercussão não só na vida da pessoa com a doença mas também na da sua família. Todavia, é unânime entre os vários investigadores que a forma como a pessoa cuida de si própria e da sua doença se reflete na eficácia do tratamento (European Diabetes Leadership Forum, 2102; IDF, 2012; WHO, 2003; WHO, 2006).

A maioria das pessoas com diabetes não consegue atingir as metas previstas nas orientações clínicas (WHO, 2003). De facto, cerca de 50% destas pessoas não controla satisfatoriamente os níveis de glicemia, de colesterol e da tensão arterial (WHO, 2006). É, de realçar que os valores desejáveis sugeridos nas orientações clínicas nem sempre são possíveis de atingir. A evidência científica tem levado a que alguns peritos na área sugiram uma postura mais flexível em termos de metas a alcançar e de tratamento a instituir (DGS, 2011; Duarte *et al.*, 2013; Inzucchi *et al.*, 2012), o que nos remete para a importância da negociação, pois constitui a base para a responsabilização do cliente. A SPD alerta para que, no caso de pessoas mais idosas e com comorbilidades de longa duração, os alvos glicémicos devam ser menos ambiciosos, considerando aceitáveis valores de HbA1c inferiores a 7,5-8,0% (Duarte *et al.*, 2013). Logo, os valores glicémicos desejáveis devem ser ajustados às características do doente, tendo em consideração os anos de diabetes, a esperança de vida, a presença de comorbilidades (como no caso dos idosos com doença prévia cardiovascular) ou a perceção diminuída das hipoglicemias (DGS, 2011).

Embora seja inegável o valioso contributo das orientações clínicas para os profissionais, a verdade é que também podem predispô-los a adotar uma abordagem muito centrada na doença (Starfield, 2011). Acima de tudo, as recomendações sobre as metas a atingir devem ter em consideração o contexto do utente, as suas preferências e necessidades (Inzucchi *et al.*, 2012).

Os resultados que decorrem desta leitura orientam os profissionais de saúde para planos terapêuticos centrados naquilo que a pessoa percebe que precisa e é capaz de mudar; nos significados que atribui ao que lhe é proposto pelos profissionais; e nas barreiras e obstáculos que identifica à implementação das mudanças comportamentais. Este enfoque coloca em destaque uma abordagem centrada na pessoa e no seu potencial.

1.1.2 Cuidados centrados na pessoa

Nos cuidados de saúde tradicionais, concebidos para dar resposta a condições agudas, os clientes têm “navegado” através de cuidados fragmentados, tendo que se adaptar constantemente a práticas e até posturas, que variam entre as diferentes organizações de saúde e os diversos técnicos (Ekman *et al.*, 2011). Neste tipo de abordagem, as necessidades, as preferências e os valores da pessoa não são o verdadeiro foco de atenção dos profissionais de saúde (Ekman *et al.*, 2011; Starfield, 2011; WHO, 2008b). Aliás, e como já referimos, no último século o avanço em termos de diagnóstico das doenças tem sido extraordinário, sustentado pelo desenvolvimento de tecnologias de ponta. Todavia, o mesmo não se pode dizer quanto à relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o cliente.

Reconhecer e documentar os problemas reais com os quais os clientes se deparam parece ser o novo grande desafio (Starfield, 2011). Na nossa opinião, e permitindo-nos ainda avançar mais nesse desafio, consideramos que ajudar a pessoa a reconhecer, verbalizar e encontrar forma de responder às suas próprias necessidades representa o âmago para a autonomização do cliente na gestão da sua saúde.

Os cuidados centrados no cliente, na língua inglesa designados por “*patients-centered care*”, implicam que o profissional, tendo em conta os guias orientadores, individualize o tratamento, adequando-o ao contexto específico do cliente. Este princípio deverá estar subjacente a todos os cuidados de saúde dispensados à pessoa com doença prolongada, pois a individualização dos cuidados constitui a pedra angular do sucesso (Inzucchi *et al.*, 2012). Todavia, este termo não reúne consenso (Ekman *et al.*, 2011; Starfield, 2011). Segundo Ekman e colegas (2011) o termo “paciente” poderá ser associado a uma passividade da pessoa face aos seus cuidados e, portanto, esta expressão deve ser substituída por “*person-centered care*” pois enfatiza a necessidade de aceder à pessoa que está por detrás do paciente, isto é, de aceder à pessoa que (também) tem uma doença (Ekman *et al.*, 2011).

A este propósito, no nosso país, a legislação mais recente sobre os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde (Diário da República, Lei n.º 15/2014), vem igualmente introduzir a utilização de uma linguagem neutra, dando preferência ao termo utente em detrimento dos termos “paciente” e “doente”. Recorrendo a esta orientação, na presente dissertação não utilizaremos a expressão “diabético”, substituindo-a antes por pessoa, cliente ou utente com diabetes.

Numerosos estudos têm vindo a demonstrar que a abordagem centrada na pessoa contribui para a qualidade dos cuidados e para melhores resultados em saúde (National Ageing Research Institute, 2006; Starfield, 2011; WHO, 2008b). Assente numa parceria, baseada no respeito e colaboração entre utente e profissional de saúde, esta abordagem implica um comprometimento mútuo: o profissional reconhece o papel que a pessoa tem na gestão da sua própria saúde e respeita os seus valores, objetivos, experiências passadas e necessidades; o utente reconhece no profissional o seu contributo, os seus valores, a sua experiência, os seus conhecimentos, e respeita e informações que este lhe fornece acerca das opções de tratamento (National Ageing Research Institute, 2006).

Neste contexto de cuidados centrados na pessoa, emergem conceitos como o autocuidado, a adesão ao regime terapêutico, a autogestão, a educação terapêutica e o *empowerment*.

Um estudo desenvolvido por Pereira (2007) demonstrou que o autocuidado, a adesão e a gestão do regime terapêutico constituem focos com grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem. Quer isto dizer que constituem aspetos da saúde das pessoas altamente dependentes da qualidade e proficiência dos cuidados de enfermagem. Estas áreas de interesse são compatíveis com uma prática centrada no cuidar, assumindo particular importância para os enfermeiros pois enfatizam os comportamentos intencionais das pessoas. Podemos dizer que a enfermagem, enquanto “ciência do cuidar” (Watson & Smith, 2002), radica na valorização do conhecimento e dos recursos (internos e externos) das pessoas relativamente aos fenómenos que as afetam durante as transições que experimentam e, nessa medida, na partilha de campos fenomenológicos entre a pessoa que cuida e a que é cuidada, num plano de paridade.

Estes focos, centrais na presente investigação, embora guardem uma relação estreita entre si, porque tocam em aspetos comuns e concorrem para objetivos semelhantes, comportam algumas especificidades pelo que passamos a analisá-los mais detalhadamente.

1.1.3 Autocuidado

O autocuidado representa um conceito central e essencial para enfermagem, enquanto disciplina e profissão. Destacamos o contributo de uma enfermeira americana, Dorothea Orem, que na sua Teoria do Autocuidado, afirma que o ser humano desenvolve um conjunto de atividades dirigidas para o seu próprio benefício que têm por objetivo manter a vida, seu funcionamento e desenvolvimento. Um aspeto central nesta teoria é que o

autocuidado não é considerado uma ação inata, mas antes aprendida. A pessoa tenta regular e controlar os fatores que afetam a sua vida, saúde e bem-estar, desenvolvendo comportamentos orientados para as situações que podem colocar em risco o seu equilíbrio. Todavia, quando as exigências no autocuidado são superiores às capacidades que a pessoa tem para o realizar autonomamente, então os enfermeiros podem, através de uma relação de ajuda, intervir de diferentes formas, suprimindo a pessoa no que ela não pode realizar, ou ajudando-a através do apoio e da educação, proporcionando-lhe um ambiente que promova o seu desenvolvimento pessoal (Orem, 1993).

O autocuidado refere-se às ações desempenhadas pelas pessoas no seu dia-a-dia para se manterem saudáveis e cuidarem da sua condição crónica (Department of Health, 2006). Engloba as atividades que permitem que estas lidem diariamente com o impacto de uma condição crónica na sua vida, com as alterações emocionais que daí decorrem e com a adesão ao regime de tratamento mantendo, em simultâneo, outros aspetos importantes como o trabalho, a família e a convivência social (Department of Health, n.d.). De acordo com a OMS, autocuidado é o que as pessoas fazem por si mesmas para promover e manter a sua saúde e para prevenir e lidar com a doença (WHO, 1998). É um conceito amplo, que engloba os cuidados relacionados com a higiene, com a alimentação, com os estilos de vida, com os fatores ambientais, socioeconómicos e com a automedicação (WHO, 1998). Por sua vez, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) define autocuidado como sendo uma “Atividade realizada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2011, p. 41).

Na perspetiva das pessoas que vivem com doença crónica, o autocuidado apresenta-se como um processo dinâmico de aprendizagem, através da experiência, da experimentação e da exploração dos limites causados pela doença. Envolve a identificação das respostas físicas e psicológicas à doença e exige um planeamento constante para gerir o dia-a-dia, criando ordem na sua vida. É assim um processo de adaptação e de aprendizagem sobre si mesmas, e sobre a forma de viver bem com a doença (Kralik, Price & Telford, 2010). O autocuidado resulta da combinação do conhecimento biomédico acerca da doença, com o conhecimento que a pessoa tem de si própria e do seu contexto de vida (Kralik *et al.*, 2010). Esta associação entre o conhecimento adquirido, decorrente da ajuda dos profissionais, e o conhecimento experiencial da própria pessoa, sugere que os enfermeiros estabeleçam uma relação que permita que o utente, porque é ele que vive com a patologia, partilhe a sua experiência sobre a gestão da doença. Ao longo da interação terapêutica é importante que o

profissional reconheça e ajude a pessoa a acreditar em si e nas suas capacidades para tomar decisões acerca dos cuidados (Kralik *et al.*, 2010).

Assim, a promoção do autocuidado assenta num processo educacional e de *empowerment* que permite que as pessoas tomem decisões acerca da sua saúde, baseadas em informação adequada (WHO, 2009). Permite, também, que se adaptem à doença e incapacidades, com ou sem o suporte dos profissionais de saúde (WHO, 2009).

No entanto, nem todas as pessoas se envolvem da mesma forma nas atividades de autocuidado. Backman e Hentinen (1999) identificaram diferentes estilos de autocuidado que se repercutem diretamente na gestão da doença e do regime terapêutico, refletindo-se também na forma como interagem com a equipa de saúde. As autoras referem que o modo como as pessoas cuidam de si próprias não é influenciado somente por processos racionais pois os cuidados que adotam no seu quotidiano, na gestão da sua saúde e doença, são influenciados pela forma como estão e encaram a vida, e pelas suas experiências passadas. Dependem, ainda, dos seus significados e das suas atitudes acerca do processo de envelhecer, acerca do futuro e das propostas terapêuticas que lhes são feitas. Backman e Hentinen (1999) sugerem quatro estilos ou perfis de autocuidado: “responsável”, “formalmente guiado”, “independente” e “negligente”, apesar de existirem muitas pessoas com conjugações de traços oriundos de diferentes estilos, tal como vários estudos nos sugerem (Mota, 2011; Rodrigues, 2011). No autocuidado “responsável” as pessoas assumem a responsabilidade em todas as atividades da vida sendo o autocuidado um hábito, um modo de vida, potenciado pela existência de recursos internos e externos para o implementar. As pessoas com este estilo de autocuidado têm uma visão positiva acerca do futuro. Mantêm boas relações sociais, desejando viver como agentes ativos. Mantêm estilos de vida saudáveis, estando informados acerca da sua condição de saúde. Assim, exigem informação sobre as possibilidades de tratamento, discutem as diferentes opções e, numa relação colaborativa com o técnico de saúde, participam nas decisões terapêuticas (Backman & Hentinen, 1999). No autocuidado “formalmente guiado” as pessoas dedicaram parte da sua vida a cuidar de outros. O seu passado foi marcado por bastante trabalho, privilegiando as necessidades dos outros, em detrimento das suas. Encaram o envelhecimento como algo natural e as perdas que ele comporta são consideradas inevitáveis e, por isso, não despendem energia no sentido de as contrariar. Embora possam ter sido socialmente ativos, têm tendência, após a reforma, a permanecer em casa, limitando os seus contactos sociais. Relativamente à interação que estabelecem com os enfermeiros, esta é pautada pela passividade, atribuindo-lhes o controlo e a responsabilidade pelas decisões acerca do seu tratamento. Limitam-se, assim, a obedecer às instruções

fornecidas, realizando o que lhe é sugerido, sem questionarem o motivo de determinadas opções e sem saber porque o fazem. Desta forma, os cuidados com a sua saúde tornam-se facilmente numa rotina (Backman & Hentinen, 1999). No autocuidado “independente”, o individuo tende a ouvir a sua voz interior e tem formas originais de cuidar de si. Habitualmente foram, no seu passado, pessoas independentes e determinadas. Não se preocupam em ter companhia, sentindo-se bem sozinhas, em sua casa. Possuem uma perspetiva negativa do envelhecimento negando-o, não pensando no futuro. Consideram-se mais saudáveis do que os outros e, quando surge algum problema de saúde, têm tendência a minimizá-lo, não procurando ajuda médica e arranjando forma de o resolver por si próprios. Não procuram, portanto, ajuda junto dos profissionais, recusando os seus conselhos (Backman & Hentinen, 1999). No autocuidado “negligente”, as pessoas não cuidam bem de si próprias e nunca foram capazes de gerir o seu dia-a-dia, experienciando sentimentos de impotência, tristeza e falta de responsabilidade. São introvertidas, sentem-se miseráveis, nunca foram respeitados e viveram más experiências. Muitas destas pessoas têm trajetos de vida marcados por percursos problemáticos, ausência de suporte familiar e condições sociais e económicas muito débeis. Têm uma atitude negativa face ao seu envelhecimento e apresentam medo em relação ao futuro, sentindo forte vontade em desistir pois pensam que já ninguém precisa delas. Requerem bastante apoio por parte dos enfermeiros (Backman & Hentinen, 1999).

Apesar destes estilos de autocuidado serem muito marcados por aspetos e traços identitários e de personalidade das pessoas, é possível que os clientes, no contexto do confronto com situações altamente significativas e valorizadas, possam mostrar mudanças de alguns dos traços que caracterizam o seu estilo de autocuidado, tal como fica evidente no estudo de Mota (2011). Com efeito, muitos dos utentes, após o transplante hepático, mudaram de forma apreciável a maneira como geriam a sua saúde, quando até esse evento crítico (o transplante), adotavam uma postura muito negligente e/ou independente. Na lógica de Meleis (2005), podemos assumir que muitas destas pessoas viveram, fruto da experiência de saúde-doença, também, uma transição desenvolvimental. Ora, isto releva no contexto do nosso estudo, na medida em que, com base no exposto acerca dos estilos de autocuidado, poderíamos ser levados a admitir que o *empowerment* não “serve” para todos os clientes. A verdade é que esta abordagem terapêutica faz sentido para uma parte significativa dos clientes, para além de que o número de pessoas com estilos de autocuidado negligentes, tal como os estudos o sugerem, não é assim tão grande.

Naquilo que realça para o nosso estudo, estes quatro estilos de autocuidado traduzem a influência que as variáveis de domínio cognitivo, emocional e social assumem nas

atitudes e comportamentos que as pessoas têm para consigo próprias e veremos, mais adiante, como influenciam a autogestão da doença.

1.1.4 Adesão

A literatura desenvolvida em torno da diabetes é unânime quanto ao papel central que a pessoa tem no tratamento da doença (Duarte, 2013; WHO, 2003; Uchenna, Ijeoma, Pauline & Sylvester, 2010). Grande parte das atividades de gestão da doença é desenvolvida pela pessoa no seu ambiente, portanto sem a presença dos profissionais de saúde.

Para entender este conceito torna-se importante analisar a interação que a pessoa estabelece com o sistema de saúde, pois esta tem sido objeto de estudo das várias disciplinas do conhecimento. A mudança na relação entre o cliente e a equipa de saúde tem vindo a alterar-se de forma gradual ao longo das últimas décadas, refletindo-se no desenvolvimento da própria terminologia (Maes & Karoly, 2005). Apesar da interpretação dos termos não reunir propriamente consenso, a verdade é que eles evoluíram. Assim, o termo “*compliance*”, habitualmente reflete a obediência aos conselhos médicos, o termo “adesão” sugere a adoção dos conselhos médicos, o termo “autogestão” denota a responsabilidade do indivíduo no controlo da sua doença, e o termo “autorregulação” enfatiza a capacidade da pessoa em criar os seus próprios objetivos e mobilizar os seus motivadores para empreender um curso de ação, que lhe permita alcançar as metas desejadas (Bandura, 1986, cit. por Maes & Karoly, 2005). Neste quadro, o *empowerment* liga de forma mais direta com a autogestão e a autorregulação.

Verifica-se, também, que os termos “gestão” e “adesão” são, por vezes, utilizados como sinónimos. As publicações produzidas nas áreas da psicologia e da farmacologia utilizam preferencialmente o termo “adesão”, enquanto na enfermagem, o mais utilizado é “autogestão/gestão do regime terapêutico” (vulgarmente designado por “self-management” nas publicações internacionais). No entanto, uma pesquisa realizada por Bastos (2012), no âmbito de teses de mestrado e doutoramento realizadas em Portugal, independentemente da disciplina do conhecimento, revelou que a adesão é a terminologia mais frequente referenciada. Concretamente na enfermagem, estes conceitos constituem-se como dois focos de atenção, e o critério de nomeação, de um ou de outro, está relacionado com a intencionalidade da ação do enfermeiro e, conseqüentemente, exige intervenções distintas, ajustadas à natureza do problema (Pereira, 2007).

A adesão representa a medida em que o comportamento da pessoa – tomar medicação, seguir a dieta, e/ou executar mudanças nos estilos de vida, corresponde com as recomendações acordadas com o profissional de saúde. A adesão implica a adoção e manutenção de um comportamento terapêutico, que pode incluir a autogestão de fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam a saúde e doença, e que pode envolver todos os profissionais de saúde (WHO, 2003). Neste conceito destacamos algumas palavras que explicitam focos no âmbito da razão para a ação (volição, tomada de decisão), da ação realizada pelo próprio (autocuidado e gestão) e da interação social (envolvimento com a equipa de saúde, com a família e com a sociedade). Se a adesão implica a adoção e manutenção de um comportamento então a pessoa terá que tomar uma decisão acerca da sua conduta, encontrando motivação para a manter. Terá também que traduzir essa decisão em comportamentos que incluam um conjunto de atividades relacionadas com o controlo da doença, isto é com a gestão do regime terapêutico. Este processo implica o envolvimento efetivo entre a equipa de saúde e a pessoa, no sentido de estabelecerem objetivos que orientem o curso da ação. De acordo com esta perspectiva, qualquer alternativa terapêutica deve ser explorada em conjunto, isto é, o regime deve ser negociado, a adesão discutida e as consultas planeadas (WHO, 2003).

Parece-nos, no entanto, que a evolução deste conceito, não está tão relacionada com o fator temporal mas antes com a sensibilidade decorrente dos modelos implícitos que norteiam os autores que se debruçam sobre esta área. Para explicar a nossa assunção tomemos como exemplo Hentinen, em 1987 (cit. por WHO, 2003), quando já descrevia a adesão aos autocuidados como um processo de gestão ativo, responsável e flexível, no qual a pessoa se empenha em atingir a saúde, através de um trabalho colaborativo com a equipa de saúde, em detrimento de um seguimento de prescrições inflexíveis. A OMS (WHO, 2003) cita outros termos associados e propostos por vários autores, como “*collaborative diabetes management*” (Von Korff *et al.*, 1997), “*patient empowerment*” (Arnold *et al.*, 1995) ou “*self-care behaviour management*” (Anderson & Funnell, 2000; Glasgow & Anderson, 1999; Glasgow *et al.*, 1985; Hentinen, 1987).

A intencionalidade e proatividade do cliente são assumidas por recentes autores, quando referem que a adesão reflete o envolvimento voluntário e ativo em comportamentos que visam produzir resultados terapêuticos (Delamater, 2007), que decorrem de uma responsabilidade partilhada entre o cliente e o profissional de saúde (Bennet, Fuertes & Phillips, 2010).

Em 2005, o ICN associa a adesão a aspetos volitivos (ICN, 2005). O ICN refere-se à adesão como: “Acção auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e

reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)” (ICN, 2011, p.38).

Esta conceção inclui algumas atividades que podem ser perspectivadas como indicadores de resultado, pois orientam o profissional a monitorizar os níveis de adesão. Todavia, comporta essencialmente a noção de um processo, que permite promover o máximo de bem-estar possível. Porém, no nosso entender, a definição acima descrita carece de alguma operacionalização de significados pois, a sua leitura menos atenta, pode remeter para uma passividade do cliente face ao profissional, promovendo uma relação de poder e conformismo, principalmente quando utiliza frases como “obedece às instruções”. Parece-nos evidente que esta não é postura sustentada pelo ICN, pois, no seu documento sobre o papel dos enfermeiros na doença crónica, enfatiza a importância de incluir a pessoa no plano terapêutico e de apostar numa relação contínua de cooperação entre o profissional e o cliente (ICN, 2010). Ainda, nesse mesmo documento, ao tomar como referência Modelo de Cuidados na Doença Crónica (Chronic Care Model), o ICN orienta os enfermeiros para a importância de uma relação colaborativa com os clientes, em que o profissional tem essencialmente o papel de educador e facilitador, podendo considerar a pessoa como a perita na gestão da sua doença (ICN, 2010).

Partilhamos a ideia que a adesão implica um papel dinâmico e colaborativo do cliente no planeamento e implementação do seu regime de tratamento. É presumível que se o plano terapêutico é traçado pelo/com o cliente, atendendo às suas necessidades e objetivos, este tenha mais probabilidade de manter níveis motivacionais geradores de comportamentos, consonantes com o previamente estabelecido com o profissional de saúde. No entanto, sabe-se que a diabetes é considerada como uma das doenças mais exigentes em termos psicológicos e comportamentais (Delamater, 2007). De facto, problemas na adesão ao regime terapêutico são comuns em pessoas com diabetes, dificultando a obtenção de níveis glicémicos desejáveis (Uchenna *et al.*, 2010). Estima-se um nível aproximado de 50% de não adesão às recomendações dos profissionais de saúde (WHO, 2003), especialmente nas doenças crónicas, já que nas situações agudas a adesão tende a ser superior. Na Europa, somente 28% de pessoas com diabetes conseguem atingir um ótimo controlo glicémico (ICN, 2010). Perante este cenário, todos

os fatores e circunstâncias que predis põem ou contribuem para a adesão devem ser alvo de atenção da comunidade científica e dos profissionais de saúde (Uchenna *et al.*, 2010).

A adesão constitui-se como um fenômeno multidimensional, que resulta da inter-relação de um conjunto de fatores que se agrupam em cinco dimensões (WHO, 2003):

- Fatores *relacionados com a pessoa*;
- Fatores *sociais e económicos*;
- Fatores *relacionados com o sistema e com a equipa de saúde*;
- Fatores *relacionados com a doença*;
- Fatores *relacionados com o tratamento*.

Nos fatores *relacionados com a pessoa* estão incluídos os recursos, conhecimentos, crenças, atitudes, percepções e expetativas da pessoa. O conhecimento e as crenças que o individuo tem sobre a doença, a sua motivação, a autoeficácia percebida para adotar determinados comportamentos e as expetativas do tratamento e resultados, influenciam os comportamentos de adesão. Esta assunção é consistente com o modelo explicativo das transições, que refere estes fatores como condicionantes à transição (Meleis *et al.*, 2000). Também, na teoria da autodeterminação, Ryan e Deci (2000), apontam a motivação e a experiência como variáveis mediadoras dos comportamentos e referem que a motivação extrínseca pode ser internalizada, passando a ser integrada. A motivação extrínseca reporta-se a uma atividade não interessante para a pessoa sendo realizada com outro objetivo que não inerente a si própria, e motivada por algo ou por alguém. A motivação integrada acontece quando existe uma integração de valores, sem necessidade de contingências externas. O profissional de saúde pode contribuir para a motivação intrínseca da pessoa, ajudando-a a integrar determinados valores, a compreender a importância de se envolver nos comportamentos de autocuidado, mas também reforçando as suas competências de autogestão (WHO, 2003). Da mesma forma as crenças, isto é, as opiniões, convicções e fé (ICN, 2010), também designadas como cognições ou representações de doença, são preponderantes no modo como a pessoa interpreta os estímulos ou informação exterior, pois influenciam o seu processo de decisão e as suas respostas comportamentais. Vários modelos explicativos do comportamento das pessoas, como por exemplo, o Modelo das Crenças de Saúde (Becker & Mainman, 1975 & Rosenstock, 1966, cit. por Horne & Weinman, 1998) ou o Modelo de Autorregulação do Comportamento em Saúde (Leventhal & Crouch, 1997) explicam como estas interagem no processo avaliativo da situação e se orientam para determinadas estratégias de *coping*, no sentido de recuperar a sensação de equilíbrio e bem-estar, frequentemente interrompido pelo diagnóstico de uma doença crónica

(Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006; Broadbent, Donkin & Stroh, 2011; Figueiras *et al.*, 2009; Gellad, Grenard & Marcum, 2011; Levesque, Li & Pahal, 2012; Pourghazneina, Ghaffarib, Hasanzadehc & Chamanzarid, 2013). A percepção acerca do controlo, ou a capacidade que a pessoa acha que tem para levar a bom termo uma determinada tarefa, podem influenciar na adoção de determinados comportamentos de autocuidado. A autoeficácia percebida é consensualmente considerada como uma das principais variáveis associadas à adesão (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002; Deakin, Cade, Williams & Greenwood, 2006; Lorig & Holman, 2003; Pereira & Almeida, 2004; Tol, Shojaezadeh, Sharifirad, Eslami, Alhani & Mohajeritehrani, 2012; Yoo, Kim, Jang & You, 2011). Por sua vez, os conhecimentos acerca da doença e do seu tratamento são determinantes para que a pessoa possa tomar decisões acerca da sua saúde (Al-Qazaz, Hassali, Shafie, Sulaiman & Sundram, 2010; DGS, 2007; Hu, Gruber, Liu, Zhao & Garcia, 2012; OMS, 2005). No entanto, a informação deverá ser adequada às características da pessoa bem como às suas necessidades e expectativas. Outros aspetos como a memória, o stresse, a ansiedade e a depressão podem interferir nos comportamentos de adesão. Emoções negativas como o medo, a frustração, a falta de esperança e a estigmatização, diminuem os níveis motivacionais para a pessoa cuidar de si própria (WHO, 2003).

Os fatores *relacionados com as condições sociais e económicas*, frequentemente dependentes das políticas implementadas nestas áreas, podem interferir na forma como a pessoa tem acesso à educação, à saúde, ao emprego e às atividades de lazer, com grandes implicações nos hábitos e na qualidade de vida. Assim, um baixo estatuto socioeconómico, situações de pobreza, iliteracia, baixo nível educacional, desemprego, suporte social inadequado, condições instáveis na vida, rede limitada de transportes e custos elevados dos cuidados de saúde e dos tratamentos, limitam a pessoa na adoção de comportamentos saudáveis, colocando-as frequentemente em situações de vulnerabilidade (WHO, 2003), exigindo, por vezes, abordagens terapêuticas que se distanciam da promoção da autogestão, até porque o potencial de alguns destes clientes é limitado. Com alguma frequência, estes clientes exigem programas especiais de “gestão de casos” (Cohen & Cesta, 2004; Kathol, Perez & Cohen, 2010).

O apoio familiar é considerado um fator com marcada influência no autocuidado (August & Sorkin, 2010; Fung, 2009; Roupá *et al.*, 2009; Ryan & Sawin, 2009; Stephens, Fekete, Franks, Rook, Druley & Greene, 2009; Uchenna *et al.*, 2010). Pouco suporte familiar e famílias disfuncionais interferem negativamente no envolvimento e na gestão da doença. Quanto às variáveis sociodemográficas, como o sexo e a idade, embora possam influenciar a adesão, têm-no demonstrado de uma forma bastante inconsistente. No

entanto, as características das pessoas ou grupos devem merecer a atenção da equipa de saúde, que poderá ter que optar por diferentes abordagens e privilegiar diferentes conteúdos (Sousa, 2003), de acordo com uma população mais ou menos idosa ou até com os diferentes papéis atribuídos ao género.

O impacto dos fatores *relacionados com o sistema e a equipa de saúde* na adesão, até há pouco tempo, não mereceu a atenção necessária na investigação produzida (WHO, 2003). Aspetos como a inacessibilidade aos serviços de saúde e ao tratamento, lacunas na preparação dos profissionais no âmbito da doença crónica e da adesão, a sobrecarga de trabalho, os poucos incentivos e uma cultura que não privilegia a qualidade, para além da escassa rede de suporte social, podem refletir-se negativamente na adesão (WHO, 2003). Recentemente, alguns estudos têm destacado a importância da relação entre os profissionais e os clientes (Atreja, Bellam & Levy, 2005; Sousa, Peixoto & Martins, 2008). A pouca consciencialização dos profissionais de saúde acerca da necessidade de adotar novas abordagens e as dificuldades em operacionalizar essas mudanças constituem barreiras efetivas que podem interferir negativamente nos cuidados prestados (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007). Volvida mais de uma década, verificamos que os vários aspetos apontados em 2003 pela OMS como limitadores à adesão, constituem ainda problemas atuais.

Os fatores *relacionados com a doença e com o tratamento* apresentam-se como condições influentes na adesão. Os primeiros reportam-se à sintomatologia, progressão, gravidade e incapacidade física, psicológica, laboral e social decorrente da patologia, e incluem também a disponibilidade de um tratamento eficaz. A existência de outras morbilidades, principalmente as que interferem na capacidade do autocuidado, como a depressão, abuso de álcool e drogas, também podem interferir no envolvimento com o regime terapêutico. Por sua vez, a complexidade do tratamento, a sua duração, sucessos ou insucessos passados, mudanças frequentes no plano terapêutico, benefícios imediatos, efeitos secundários e recursos médicos disponíveis para os tratar, são igualmente importantes (WHO, 2003).

Concretamente na diabetes, os estudos destacam algumas variáveis relacionadas com a adesão, reunidas em quatro grupos ou *clusters*: os *fatores intrapessoais* (idade, sexo, autoestima, autoeficácia, stresse, depressão e abuso de álcool); as *características da doença e do tratamento* (complexidade do tratamento; duração da doença e natureza dos cuidados); os *fatores interpessoais* (qualidade da relação entre profissionais de saúde e suporte social); e os *fatores ambientais* (aspetos políticos, pressões culturais, ambientes hostis) (WHO, 2003).

Fica evidente que, na abordagem à pessoa com doença crónica, o profissional de saúde deve ter em consideração que os comportamentos de adesão são influenciados por vários fatores em simultâneo, sendo fulcral a existência de uma identificação sistemática das barreiras, bem como a implementação de intervenções abrangentes.

A “não adesão” ou “compromisso de adesão” ao tratamento conduz a um sofrimento nas pessoas e a excessivos custos para os sistemas de saúde (WHO, 2003). No caso da diabetes, sabe-se que uma baixa adesão ao tratamento está relacionada com um mau controlo metabólico, comprometendo a saúde do indivíduo e o bem-estar da família e acrescendo encargos para o sistema de saúde

Na mesma doença, face a um regime terapêutico multifacetado e complexo, os comportamentos de adesão a determinados componentes do regime não implicam necessariamente a adesão a outros. Vários estudos efetuados têm demonstrado que o comportamento da pessoa nas diferentes dimensões do regime não é semelhante. Tal como seria expectável e como a literatura o demonstra, tem-se verificado níveis mais elevados de adesão ao regime medicamentoso, quando comparados com aspetos relacionados com a dieta ou o exercício físico, pois alterações nestas componentes do regime implicam que as pessoas empreendam maiores mudanças nos seus estilos de vida (Bastos, Severo & Lopes, 2007; Sousa, 2003; Sousa *et al.*, 2008). Como os comportamentos de adesão são influenciados por um conjunto de condições internas e externas à pessoa, é provável que a mesma pessoa, ao longo da sua vida, possa apresentar níveis de comprometimento com o regime terapêutico bastante diferentes. Assim, a adesão deve ser vista como um processo contínuo e não como uma dicotomia de sucesso/insucesso (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006).

Face ao exposto, e no nosso entendimento, a adesão resulta de um processo dinâmico de gestão do regime terapêutico, que implica a consciencialização da pessoa acerca da sua nova condição, o seu envolvimento na procura de informações e a mobilização de recursos internos e externos, que lhe permitam gerir a sua diabetes.

1.1.5 Autogestão

Perante o diagnóstico da diabetes e a complexidade do seu regime terapêutico a pessoa tem que mobilizar um conjunto de competências de modo a adaptar-se a uma nova condição de saúde.

A diabetes pode coexistir com outras patologias crónicas. A presença de comorbilidades pode complexificar a gestão do regime terapêutico, contribuir para a perda da funcionalidade a vários níveis e exigir maiores cuidados de saúde. Santos e colegas (2009), num estudo desenvolvido numa coorte de doentes da população portuguesa, encontraram uma correlação significativa entre o número de doenças crónicas e o número de medicamentos e de contactos com o centro de saúde (Santos *et al.*, 2009). Gerir em simultâneo múltiplas patologias exige competências cognitivas e motoras que, por vezes, principalmente quando nos reportamos a uma população envelhecida, poderão estar comprometidas.

As investigações produzidas são unânimes em afirmar que o envolvimento ativo da pessoa no seu próprio cuidado representa um dos aspetos mais importantes no tratamento ou controlo, com sucesso, da diabetes (Adolfsson, 2008). Neste contexto, a autogestão afigura-se para a pessoa como uma possível estratégia para manter o seu projeto de vida, minorando o impacto da doença e maximizando a saúde e a qualidade de vida. O conceito de gestão, ou autogestão, está de tal forma relacionado com o autocuidado que muitos dos autores não fazem a sua distinção (Coster & Norman, 2009). Coulter e Ellins, (2006) defendem que, apesar de parecerem conceitos semelhantes, não significam exatamente o mesmo. Educar para a autogestão é uma das intervenções mais conhecidas para promover o autocuidado na doença crónica (Coulter & Ellins, 2006). Esta relação de similitude acontece também com o termo adesão que, pela sua proximidade semântica, são por vezes adotados como idênticos. Aliás, as próprias atividades desenvolvidas pelo cliente na gestão da doença permitem, de forma indireta, avaliar os níveis de adesão.

Assumimos que o termo autogestão se reporta à gestão do regime terapêutico, porque se relaciona com um conjunto de atividades habitualmente encetadas para controlar ou minimizar o impacto da doença e, portanto, sobreponíveis ao tratamento aconselhado.

De facto, a autogestão (ou gestão do regime terapêutico) refere-se à habilidade que a pessoa possui para lidar com as implicações da doença na sua vida, incluindo os sintomas, o tratamento, as consequências físicas e sociais e as mudanças nos hábitos de vida (Department of Health, 2005). Estas habilidades permitirão o desenvolvimento de mudanças cognitivas, comportamentais e emocionais, de forma a manter uma qualidade de vida satisfatória (Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth, 2002). Ainda segundo o Department of Health (2005), a autogestão faz parte do autocuidado, reportando-se concretamente às pessoas que têm que viver com uma condição crónica. Embora todas as pessoas com este tipo de patologias ajam de alguma forma perante a

sua situação, a verdade é que podem não estar a gerir corretamente todos os aspetos inerentes ao tratamento, desaproveitando assim o seu potencial (Department of Health, 2005).

Alguns autores, tendo como princípio a Teoria dos Sistemas, integram a família neste conceito, pois afirmam que a mudança em um dos membros da família comporta mudanças em todo o sistema familiar e em todos os membros (Ryan & Sawin, 2009). Nesta perspetiva, a autogestão é considerada como um fenómeno multidimensional complexo, que afeta o individuo, a díade, ou a família, ao longo das suas várias etapas de desenvolvimento. Ryan e Sawin (2009), debruçando-se sobre um conjunto de estudos nesta área, verificaram que este conceito tem sido abordado por vários autores em diferentes perspetivas: como sendo um processo, um programa ou um resultado. O processo inclui atividades como: o estabelecimento de objetivos, a automonitorização, a reflexão, a tomada de decisão, o planeamento, a adoção de comportamentos específicos, a autoavaliação e a gestão das respostas físicas, emocionais e cognitivas, associadas às mudanças comportamentais. Por sua vez, o programa ou intervenções promotoras da autogestão são delineados pelos profissionais de saúde com a intenção de preparar as pessoas para assumir a responsabilidade na gestão da doença crónica ou para se envolverem em atividades promotoras da saúde. A autogestão também tem sido associada à descrição de resultados, pois estes emergem do envolvimento da pessoa em determinadas atividades de processo (é vulgar que os valores de hemoglobina glicada sejam conotados com o empenho do cliente na gestão do regime terapêutico) (Ryan & Sawin, 2009).

Um estudo desenvolvido acerca do significado de autogestão, mas segundo a perspetiva das pessoas com doença, revelou que este é um constructo multidimensional, que se traduz por um processo complexo, que visa criar ordem, a partir da desordem deixada pela doença (Kralik, Koch, Price & Howard, 2004). Este processo que evolui de um quadro de “desordem” ou mudança para uma “nova ordem”, a que se referem Kralik e colaboradores, remete-nos para o conceito de transição, proposto por Meleis (2005). Com efeito, é um processo dinâmico e ativo de aprendizagem, decorrente das experiências e erros cometidos e da exploração dos limites criados pela doença. Envolve a identificação das respostas físicas e psicológicas à própria condição, exigindo uma permanente planificação e ação, de forma a gerir a vida (Kralik *et al.*, 2004). Bastos (2012) desenvolveu uma investigação onde pretendeu encontrar um modelo explicativo sobre a gestão do regime terapêutico. A autora concluiu que, enquanto as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, tendo como foco a gestão do regime terapêutico, visavam preparar as pessoas para a mestria, as atividades desenvolvidas

pelos clientes, também em torno da gestão da doença, focavam-se na vivência da própria transição e na intenção de preservar a continuidade na sua vida (Bastos, 2012). Na tentativa de manter o bem-estar, mesmo perante uma patologia crónica, o indivíduo envolve-se num conjunto de tarefas que, segundo Corbin e Strauss (1988), estão relacionadas com a gestão clínica e comportamental, a gestão de papéis e a gestão emocional (cit. por Lorig & Holman, 2003). Na gestão clínica e comportamental as pessoas desempenham atividades como tomar os medicamentos, seguir determinada dieta, administrar a insulina, monitorizar glicemia, entre outras. Na gestão de papéis a pessoa mantém, muda ou adota novos comportamentos, ou passa a desempenhar novas funções que se coadunem com a sua nova condição. Por fim, também tem que desenvolver tarefas que lhe permitam gerir as emoções como a raiva, a frustração, o medo, a ansiedade e a depressão, frequentemente associadas às sequelas deixadas pela doença (cit. por Lorig & Holman, 2003). O suporte social, mais concretamente o suporte familiar, pode ser um valioso recurso para ajudar na gestão do tratamento. Ryan e Sawin (2009) referem que o suporte social é considerado uma variável chave nas competências de autogestão. Esta visão alinha com o impacto que as condições externas, mas próximas ao cliente, podem ter no curso das transições vivenciadas (Meleis *et al.*, 2000).

No controlo da diabetes, a pessoa deve implementar um conjunto de comportamentos relacionados com a alimentação, o exercício físico, a medicação, os cuidados aos pés e a monitorização glicémica, que não são mais do que atividades de autocuidado. Será, então, expectável que a forma como a pessoa se tem vindo a relacionar consigo própria e com os outros ao longo da vida, as experiências passadas, bem como as expectativas futuras possam interferir no seu autocuidado. Um aspeto interessante é que todas as pessoas gerem a sua saúde, quer adotem comportamentos saudáveis e se envolvam ativamente na gestão da sua doença, quer não. A sua decisão em não se envolver na gestão do regime terapêutico pode refletir um estilo de gestão (Bastos, 2012; Lorig & Holman, 2003). Perante o diagnóstico de uma doença crónica as pessoas reagem de forma diferente. A sua resposta pode não ser imediata e a forma como se envolve e como aborda a situação pode variar ao longo do tempo. A verdade é que, na maior parte das vezes, as pessoas encontram uma forma de incorporar a doença na sua vida, embora apresentem níveis de envolvimento variáveis ao longo do tempo. Deste modo, a autogestão pode “flutuar” ao longo da vida (Corben & Rosen, 2005).

À luz da teoria das transições, esta pessoa encontra-se num processo de transição saúde/doença e, portanto, numa situação de maior vulnerabilidade. Importa, então, ajudá-la a lidar com as mudanças inerentes a esta alteração no estado de saúde, facilitando o

processo de transição (Meleis *et al.*, 2000), em busca de uma “nova ordem”. A preparação para a transição é considerada como uma terapêutica de enfermagem, sendo que a educação é fundamental para criar condições necessárias para que este processo se realize (Schumacher & Meleis, 2010).

Intervenções simplistas na pessoa com doença crônica parecem não ser eficazes. Efetivamente, os utentes podem só receber informação acerca dos cuidados a ter com a diabetes sem verdadeiramente receber educação com o treino de habilidades que realmente necessitam para gerir a sua doença (Shan, Hux, Laupacis, Zinman & Van, 2005). Bodenheimer e colegas (2002) referem que no apoio à autogestão, os profissionais de saúde aconselham e ajudam as pessoas e suas famílias a adquirir as habilidades e a confiança que lhes permitam gerir a sua condição crônica.

A ação terapêutica do enfermeiro deve ser orientada no sentido de apoiar a pessoa no desenvolvimento dos seus recursos cognitivos e instrumentais, para que esta possa, dentro dos seus limites, lidar com a doença e com o regime terapêutico (Padilha, 2013; Pereira, 2007). Desta forma, o enfermeiro otimiza o potencial do utente para que se autonomize e controle a sua vida (Padilha, 2013). Mais do que fornecer informação e habilidades técnicas, o enfermeiro promove e apoia o cliente no desenvolvimento das suas capacidades para resolver os problemas.

Neste contexto, a educação é considerada por alguns como um mecanismo através do qual as competências para a autogestão são aprendidas (Coster & Norman, 2009), o que nos aponta para o conceito de educação terapêutica.

1.1.6 Educação terapêutica

A educação da pessoa acerca da diabetes permite que esta desenvolva competências para gerir as diversas componentes do regime terapêutico (DGS, 2013a; SPD, 2013). Resulta de um processo de aprendizagem que tem como objetivos a melhoria do estado de saúde em geral, capacitando as pessoas a adquirir conhecimentos e habilidades de gestão, bem como a desenvolver a confiança necessária e habilidades de adaptação e de resolução de problemas, de forma a superar barreiras que a impeçam de executar comportamentos de autocuidado (American Association of Diabetes Educators, 2009). Este enfoque na resolução de problemas também é referido por Bodenheimer e colegas (2002) e por Anderson e Funnell (2005), que consideram que a educação se traduz por um processo onde o ensino e aconselhamento têm como objetivo ajudar os clientes a descobrirem estratégias que lhes permitam atingir o máximo do seu potencial de bem-

estar. Tal como Orem (1993), Anderson e Funnell (2005) acreditam que o ser humano nasce com a capacidade para poder atingir o seu bem-estar a nível físico, psicológico, intelectual e espiritual. Consideram que as barreiras que colocam em causa este desiderato habitualmente estão relacionadas com poucos conhecimentos acerca das estratégias de resolução de problemas.

Para que a pessoa se possa envolver na gestão da sua diabetes é fundamental que possua conhecimentos suficientes para gerir a sua doença (Meetoo & Gopaul, 2005; Ryan & Sawin, 2009). No entanto, parece que muitos dos clientes não estarão tão interessados em conhecer a diabetes como doença em si, mas antes em conhecer a sua diabetes (Anderson & Funnell, 2005). Adotando os modelos de educação de adultos na educação na diabetes, os autores sugerem que, no processo ensino aprendizagem, o educador tenha em consideração a experiência e a perícia do utente, baseando-se nos seus reais problemas. Esta postura permite uma relação igualitária entre ambos, baseada no respeito e na assunção de que o cliente possui recursos inatos que lhe permitem resolver as suas dificuldades (Anderson & Funnell, 2005). Assim, os currículos que compõem os programas educacionais devem permitir a valorização das experiências das pessoas (Anderson & Funnell, 2005). Levar o cliente a refletir sobre as suas experiências é um passo fundamental para que estas se transformem em momentos de aprendizagem. Convidá-lo, individualmente ou em grupo, a refletir sobre o modo como a diabetes tem interferido no seu quotidiano, sobre os seus esforços realizados para a gerir e sobre os resultados decorrentes desse empenho permitirá que repense, ou consciencialize, na lógica de Meleis e colaboradoras (2000), sobre os seus objetivos e sobre a melhor forma de os alcançar. Trabalhar com a pessoa a sua autoeficácia também se revela importante, até porque esta variável é considerada central na gestão do regime terapêutico (Anderson & Funnell, 2005).

Parece, no entanto, que os objetivos que mobilizam o processo educacional orientam os técnicos de saúde a adotar diferentes abordagens. Se a educação é planeada para ajudar a pessoa a lidar com a sua diabetes no seu contexto biopsicossocial, terá diferentes objetivos daquela que é planeada para persuadir as pessoas a aderir ao tratamento recomendado, de forma a melhorar a sua saúde física (Funnell *et al.*, 1991). Funnell e colegas (1991) acrescentam que se o resultado que se pretende é o *empowerment* das pessoas, então a educação transforma-se em um processo concebido para promover a qualidade de vida, capacitando-as para tomar conta da sua saúde, ajudando-as a delinear os seus objetivos, a reconhecer e promover as suas forças e a tomar decisões informadas. Esta forma de conceber e, em última instância, concretizar a educação terapêutica, está muito alinhada com os princípios que estruturam o conceito de *terapêuticas de enfermagem* com potencial de ajudar os clientes em transição (Meleis

et al., 2000; Meleis, 2005). Este conceito de educação é diferente da tradicional educação na diabetes, que consiste em um processo desenhado para influenciar os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos indivíduos de forma a seguir o regime terapêutico aconselhado para atingir o controlo glicémico. Este tipo de educação, se aplicada em pessoas com diabetes, pode inclusive levar à não adesão (Anderson & Funnell, 2005).

No entanto, embora a educação seja importante, ela pode não conduzir necessariamente a mudanças em todas as variáveis (Atak, Gurkan & Kose, 2008; Cooper, Booth & Gill, 2003). É, porém inegável a sua importância, pois constitui a base para a autonomização do cliente.

Um estudo acerca da avaliação da qualidade dos cuidados disponibilizados às pessoas com diabetes em Portugal, verificou que a educação para a saúde não tem sido implementada quanto seria desejável (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

A educação pode ser implementada através de programas que apoiem a gestão da doença (Lorig & Holman, 2003). Este tipo de programas parece ser mais eficaz quando comparados com a educação tradicional (Ryan & Sawin, 2009). Contudo, dada a sua filosofia e intenção terapêutica, devem ser desenvolvidos tendo em conta as preocupações e os problemas percebidos pelos utentes, pois, embora as pessoas possam experienciar preocupações e desafios semelhantes face à mesma doença, a verdade é que poderão existir fatores que imprimam diferentes necessidades e inquietações (Corbin & Strauss, 1998, cit. por Lorig & Holman, 2003).

O exposto configura um importante desafio aos profissionais de saúde e, em particular, aos enfermeiros que disponibilizam ajuda profissional aos clientes com diabetes.

1.1.7 Papel dos profissionais de saúde

Pelos aspetos já referidos, verifica-se que os profissionais de saúde têm um importante papel no apoio à pessoa que tem que incorporar um regime terapêutico no seu quotidiano (Entidade Reguladora da Saúde, 2011; WHO, 2003). Uma boa relação entre os profissionais e os clientes parece ser a chave para assegurar o apoio às pessoas que desenvolvem esforços para gerir a sua saúde (Corben & Rosen, 2005). Nesta interação, é importante que o técnico de saúde tenha habilidade e disponibilize tempo para escutar, para identificar as principais preocupações do cliente, para discutir, e para compreender o modo como o cliente experiencia a sua condição.

A interação é outro dos elementos centrais da disciplina e prática de enfermagem. Como sabemos, o cariz humanista da ciência de enfermagem está fortemente relacionado com o facto de, sem interação (significativa) entre o enfermeiro e o cliente, não existirem cuidados de enfermagem capazes de promover o potencial de desenvolvimento dos clientes em transição (Meleis, 2005).

O conceito de interação sempre foi explorado em enfermagem, por via do seu carácter terapêutico, do seu sentido ou intencionalidade, dos seus componentes e da necessidade de partilha de informação entre quem cuida e quem é cuidado. Mas também, porque o cliente estabelece interações com o meio ou condições envolventes. As condições envolventes surgem, aqui, diretamente relacionadas com o conceito de interação, assumindo-se, também, como um elemento definidor do domínio da enfermagem. É conceptualizado em sentido lato, envolvendo a família, os grupos e comunidades com quem o cliente interage (Meleis, 2005). Esta visão coloca em destaque todo o potencial que a mobilização, por exemplo, de grupos terapêuticos pode ter para a concretização dos projetos (individuais) de saúde dos clientes.

Neste contexto, os enfermeiros devem mobilizar todos os meios para que a pessoa se envolva e contribua no planeamento dos seus cuidados (Corben & Rosen, 2005), porque a interação remete para a pro-atividade. Para além de providenciar intervenções que possam promover a adesão, o profissional deve, também, saber identificar os possíveis riscos de “não adesão”. Assim, a interação deve ser focada nos problemas do utente, ajudando-o a intervir nas suas preocupações. Este tipo de interações parece resultar numa maior satisfação por parte do utente do que aquelas em que o profissional domina a conversa e dá orientações (Funnell *et al.*, 2010; Rubin, Peyrot & Siminerio, 2006). No entanto, o cliente pode, em certas fases da sua doença, solicitar orientações específicas acerca do que deve fazer. Porque o *empowerment* é um processo que se baseia no processo de ajuda à pessoa para que obtenha o que precisa e o que quer, o profissional deverá atender às necessidades do cliente. Aliás, os clientes podem solicitar uma orientação mais diretiva em determinados componentes do regime, existindo, mesmo, como vimos, clientes que preferem este tipo de abordagem. Por exemplo, podem pedir ao enfermeiro instruções específicas acerca da medicação e preferir tomar as suas próprias decisões acerca da gestão dos cuidados alimentares ou da atividade física (Anderson & Funnell, 2010). Pode haver, também, alturas em que as decisões tomadas pelos clientes são congruentes com as do técnico de saúde, pois de uma maneira geral todos pretendem preservar a saúde e prevenir as complicações da doença. Mas pode também haver momentos em que as decisões não são compatíveis com as recomendações dos técnicos. Os profissionais de saúde podem saber o que é

cl clinicamente melhor para a pessoa, porém isto não significa necessariamente que saibam o que é melhor para a vida do cliente (Anderson & Funnell, 2010). De facto, uma abordagem assente na filosofia do *empowerment* não envolve “convencer”, “persuadir” ou “mudar as pessoas”; antes proporciona o “facilitar” ou o “suportar/apoiar” os clientes a refletirem sobre a sua experiência de viver com a diabetes. Estes momentos de reflexão deverão ocorrer num clima cordial, “psicologicamente seguro”, de respeito e colaboração, essencial para que a pessoa possa repensar nas suas atitudes, significados, emoções e comportamentos. Esta reflexão leva frequentemente a uma maior consciencialização e compreensão das consequências que uma determinada gestão pode trazer (Anderson & Funnell, 2010). Com efeito, como nos diz Meleis (2005), ajudar os clientes a analisar e a reestruturar, quando adequado, atitudes, crenças e significados pode ter um impacto significativo nos seus comportamentos de saúde e, por essa via, no curso das transições.

Porém, adotar este tipo de abordagem implica que os profissionais de saúde tenham conhecimentos aprofundados sobre estratégias de intervenção em pessoas com doença crónica. Para uma abordagem planeada torna-se ainda necessário que estes estejam treinados e motivados (WHO, 2003). No Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes a estratégia de formação está contemplada, não só para o cliente mas também para os técnicos de saúde. Cinco princípios orientadores são preconizados na formação dos profissionais: formação contínua; motivação individual; aprendizagem com base na resolução de problemas; pertinência e oportunidade da informação, e avaliação do ensino e da aprendizagem (DGS, 2007).

O IDF debruçou-se sobre o curriculum que os profissionais de saúde têm na sua formação e verificou que o total de horas dedicadas a conteúdos acerca da diabetes na sua formação de base variava entre os vários países e as diferentes disciplinas do conhecimento. No que respeita à formação contínua, já enquanto profissionais, poucos referiram a frequência de programas formais de treino. O seu conhecimento e habilidades para educar na diabetes foram sendo desenvolvidos através da experiência profissional e do próprio estudo (IDF, 2013). Idealmente, as organizações de saúde devem promover e incentivar a formação contínua junto dos seus profissionais, apoiando-os na implementação de novos conhecimentos (IDF, 2013). Funnell e colegas (2006) desenvolveram um estudo junto de profissionais de saúde, especialistas em educação na área da diabetes e verificavam que a abordagem com que estes mais se identificavam era a do *empowerment* (Funnell *et al.*, 2006). Todavia, a vasta experiência clínica destes autores tem demonstrado que, na prática, estes educadores não conseguem prestar cuidados baseados neste tipo de abordagem (Anderson & Funnell, 2010). A dificuldade em intervir de acordo com este paradigma parece estar relacionada com a educação dos

próprios profissionais de saúde. Ao longo da sua formação, estes são socializados a incorporar um conjunto de responsabilidades e expectativas que definirão a sua identidade enquanto profissionais. O poder deste processo de socialização é tão forte que, embora racionalmente considerem que a melhor abordagem seja o *empowerment*, os seus comportamentos contradizem-na completamente. No entanto, esta contradição parece ocorrer de forma inconsciente. Assim, no momento em que o profissional se confronta com a sua prática e se consciencializa da existência deste paradoxo, tem a oportunidade de o resolver, mudando o seu comportamento ou adotando um novo paradigma, de modo a que ambos sejam consistentes (Anderson & Funnell, 2010). Este problema remete-nos para a problemática do modelo exposto *versus* o modelo em uso (Basto, 1998; Silva, 2006), que expõe o fosso entre aquilo que os profissionais acreditam ser objeto da sua prática (modelo exposto), face ao que realmente fazem (modelo em uso). Algumas explicações podem ser encontradas para justificar estes achados. Entrevistas efetuadas a médicos e enfermeiros que desenvolveram um programa baseado na filosofia do *empowerment* e dirigido a pessoas com diabetes, evidenciaram a existência de um conflito de papéis nestes profissionais. Estes afirmaram que, na abordagem tradicional em que assumem o papel de peritos, sentem-se seguros. No entanto, no papel de facilitadores, inerente à filosofia do *empowerment*, sentem que precisam de crescer e de evoluir (Adolfsson, Smide, Gregeby, Fernström & Wikblad, 2004). Embora decorridos alguns anos, os profissionais continuam a referir a necessidade de terem treino nas técnicas de *empowerment* (Scambler, Newton, Sinclair & Asimakopoulou, 2012). O estudo de Silva (2001) e de Padilha (2013) mostram-nos a pertinência de levar por diante percursos de *Investigação – Formação – Ação*, tendo como propósito “aproximar os modelos em uso aos modelos expostos”.

No particular da pragmatização de programas terapêuticos iluminados pela filosofia do *empowerment*, ainda que seja inegável o avanço teórico em torno desta temática, este parece ainda não se traduzir na prática pois o cenário mantém-se preocupante. Parece existir uma incapacidade em traduzir o conhecimento atual sobre o *empowerment* em intervenções práticas, benéficas, eficientes em termos de custo, que melhorem a capacidade do cliente em responder emocionalmente e com comportamentos, às exigências da diabetes (Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002). De facto, alguns dos programas educacionais não são estruturados e poucos têm sido avaliados formalmente, para além de não possuírem profissionais treinados na área de intervenção (Skinner *et al.*, 2006).

Sabendo que a doença crónica comporta alguma vulnerabilidade, expondo as pessoas a potenciais danos, recuperações complicadas, ou uma ineficaz ou pouco saudável capacidade de lidar com os problemas, os enfermeiros podem preparar os clientes para as transições iminentes e facilitar a aprendizagem de novas competências (Meleis *et al.*, 2000). Esta vulnerabilidade, associada à multiplicidade de fatores que intervêm nos comportamentos de autocuidado, implicam que os profissionais de saúde tenham formação específica na área da adesão e se encontrem motivados para delinear planos de cuidados com intervenções individualizadas, múltiplas e abrangentes dirigidas à componente cognitiva, comportamental e emocional. Desta forma os programas de intervenção deverão permitir uma abordagem multidisciplinar, sistemática e coordenada.

Todavia, todo e qualquer programa deve explicitar em que alicerces se estrutura e quais os seus propósitos.

1.2 O EMPOWERMENT

O conceito de *empowerment* não é recente, tendo sido popularizado por Paulo Freire. Este filósofo e educador brasileiro referia que não existe neutralidade no processo educacional, pois este funciona como um instrumento que pode ser utilizado para facilitar a integração das pessoas no sistema vigente adaptando-se a ele, ou como um instrumento que pode permitir que as pessoas encarem a realidade de uma forma crítica, sentindo-se livres para agir sobre ela. Rappaport (1984) descreveu o *empowerment* como um processo no qual as pessoas obtêm mestria e assumem o controlo das suas vidas (cit. por Adolfsson, 2008). Gibson (1991) definiu-o como sendo um processo social que reconhece, promove e melhora na pessoa, a sua capacidade para identificar as suas próprias necessidades, resolver os seus problemas e mobilizar os recursos necessários de modo a ter controlo sobre a sua vida. Meetoo e Gopaul (2005) referem-no como um processo que habilita as pessoas a tomarem decisões informadas sobre os seus comportamentos na doença e a assumirem a sua responsabilidade na equipa de saúde.

No início da década de 90, Robert Anderson, um psicólogo e Martha Funnell, uma enfermeira, a trabalharem em conjunto com outros colegas no Michigan Diabetes Research and Training Center (MDRTC), introduziram este conceito na educação terapêutica em pessoas com diabetes. A educação na diabetes pode ser vista como um processo que tem como objetivo único melhorar a *compliance* ou a adesão ao regime terapêutico recomendado ou, tal como Freire ambicionava, ser perspectivada como um processo que promove no cliente a autonomia para tomar as suas decisões (Anderson &

Funnell, 2010). Neste processo o profissional de saúde, através da educação e do apoio, ajuda o cliente a desenvolver a percepção de controlo e a participar ativamente nas consultas.

Segundo Funnell e colegas (1991) o principal objetivo do *empowerment* é promover uma autorregulação autónoma do cliente, de forma a maximizar o seu potencial de saúde. Não representa uma intervenção ou estratégia para ajudar a pessoa a alterar comportamentos para aderir ao plano terapêutico. Acompanhando os princípios preconizados por Freire, o *empowerment* pode ser visto como uma abordagem (uma filosofia), sendo em simultâneo um processo e um resultado: um processo porque as intervenções educacionais visam aumentar a capacidade para que a pessoa pense criticamente e aja de forma autónoma e informada; um resultado quando se verifica melhorias na percepção da autoeficácia para tomar essas decisões, decorrente do processo (Anderson & Funnell, 2010). Embora se considere que o indivíduo se encontra “empoderado” quando tem conhecimentos, habilidades, atitudes e auto conhecimento necessário para influenciar o seu próprio comportamento e o dos outros, de forma a melhorar a sua qualidade de vida, o *empowerment* não deve ser interpretado numa dicotomia de “empoderado” ou “não empoderado”. Ele deve ser interpretado como uma variável contínua, em que a força e a direção da mudança demonstram a eficácia das intervenções (Anderson & Funnell, 2010). Anderson e Funnell (2005) consideram que os princípios que estão inerentes aos conceitos de *compliance* e adesão não vão de encontro às necessidades dos profissionais e dos clientes. Aliás, sugerem mesmo que *compliance* e *empowerment* se movem em direções opostas (Anderson & Funnell, 2010). Fruto de todo o trabalho desenvolvido, estes autores sumarizam os principais pressupostos do *empowerment* (Anderson & Funnell, 2010):

1. O cliente é responsável por 98% dos cuidados à diabetes;
2. As decisões/ações tomadas diariamente na gestão da doença têm um grande impacto na saúde e bem-estar do cliente;
3. A diabetes está tão “presente” na vida da pessoa, que muitas, senão a maioria das rotinas diárias afetam e são afetadas pela gestão que esta faz da sua doença;
4. Porque as pessoas controlam as decisões que tomam sobre a gestão da diabetes, são responsáveis por essas decisões e pelas consequências que daí possam resultar;
5. As pessoas não podem entregar o controlo ou a responsabilidade que têm na gestão da diabetes, mesmo que o queiram fazer. Mesmo aqueles que entregam essa responsabilidade ao profissional de saúde, podem mudar de ideias a qualquer momento. Assim, o controlo continua na pessoa.

6. Os profissionais de saúde não podem controlar e, portanto, não podem ser responsabilizados pelas decisões que os clientes tomam sobre a gestão da sua diabetes;
7. Os profissionais de saúde são responsáveis por garantir que os seus clientes tomem decisões informadas acerca dos cuidados. Devem assegurar-se que estes compreendem bem a informação e que têm consciência dos aspetos que influenciam as suas decisões na gestão da diabetes.

Referindo-se ao educador na diabetes, estes autores consideram que ao longo dos anos, de acordo com o modelo tradicional, os profissionais foram direcionados a desenvolver esforços no sentido de ajudar o cliente a ser obediente, assumindo um papel muito sobreponível ao papel parental (Anderson & Funnell, 2005). Esta ideia é corroborada por Snoddon (2010) quando refere que, historicamente, a equipa de saúde tem “desempoderado” as pessoas no que diz respeito à tomada de decisões sobre a gestão da sua doença. Os profissionais foram preparados para serem os responsáveis pelas decisões e resultados dos seus clientes e a orientá-los para seguir as recomendações que o médico aconselhou. Nesta perspetiva, a adesão representa o melhor para a pessoa pois esta segue o que o profissional julga ser melhor para ela. O educador, frequentemente, sente que deve resolver os problemas dos seus clientes, tentando fazer com que se sintam melhor, tentando cuidar deles. Esta visão paternalista tem como pressuposto que o profissional sabe mais acerca da diabetes do que as pessoas com a doença conferindo-lhe, assim, a autoridade para definir o que é melhor para a pessoa, sentindo-se responsável por ela. No entanto, esbarra frequentemente com dificuldades quando tenta persuadi-la ou convence-la a adotar determinados comportamentos, que na realidade, estão fora do seu controlo. O sentimento de responsabilidade por algo que o profissional não controla, leva a que se sinta frustrado.

A filosofia subjacente ao *empowerment* liberta, sem desresponsabilizar, os profissionais deste sentimento de culpa, resultante da necessidade de ter que resolver todos os problemas do utente (Anderson & Funnell, 2005). Utilizando uma abordagem centrada no *empowerment*, o educador assume a responsabilidade de ajudar a pessoa a fazer escolhas informadas acerca dos cuidados com a sua diabetes. Neste tipo de abordagem, o profissional não fornece respostas, mas antes coloca questões ao cliente, levando-o a encontrar as suas próprias respostas, isto é, as possíveis soluções para o seu problema (Anderson & Funnell, 2005). Neste contexto, a noção do sucesso ou insucesso não se coloca, pois todos os esforços representam oportunidades para saber mais sobre a verdadeira natureza do problema, identificar sentimentos e barreiras e desenvolver continuamente estratégias mais eficazes para alcançar os objetivos estabelecidos

(Meetoo & Gopaul, 2005). Isto no sentido de tornar as pessoas mais autónomas, mais informadas para tomar as melhores decisões e com melhores competências para estabelecer objetivos e resolver problemas (Anderson *et al.*, 2009). Não fará pois, sentido, identificar uma pessoa como aderente ou não aderente.

Meetoo e Gopaul (2005) alertam para um aspeto importante já mencionado por Backman e Hentinen (1999) quando abordaram os vários perfis de autocuidado. De facto, nem todas as pessoas com diabetes querem assumir a responsabilidade pelas suas vidas, preferindo ser passivas nos cuidados. Referimo-nos, por exemplo, a um perfil de autocuidado formalmente guiado. Estes clientes poderão preferir uma abordagem mais diretiva e prescritiva. No entanto, segundo Funnell e colaboradores (1991), mesmo quando o cliente opta por transferir o poder para o profissional de saúde, já está a assumir a responsabilidade dessa escolha bem como as suas consequências. Perante esta delegação de poder de decisão o profissional, tendo como subjacente a filosofia do *empowerment*, deve reconhecer e aceitar a vontade da pessoa.

Anderson e Funnell (2005) sugerem um modelo que ajuda as pessoas a tomar decisões e a assumir a responsabilidade pelos seus próprios cuidados. Este modelo apoia a mudança comportamental através de cinco etapas, que ajudam o cliente a refletir sobre os seus sentimentos, a resolver os seus problemas e a mudar os seus comportamentos. Em cada etapa o profissional reflete com a pessoa sobre um conjunto de questões. Na Tabela 1 estão descritos os principais passos e são exemplificadas algumas questões.

Tabela 1 - Os cinco passos da mudança comportamental (Anderson & Funnell, 2005)

Os cinco passos	Questões orientadoras
Identificar o problema	Como é para si viver com a diabetes? Qual a sua maior preocupação?
Explorar sentimentos	Como se sente? Quais são os seus sentimentos caso as coisas não mudem?
Traçar objetivos	O que é que quer para si? O que ganha e perde se mudar? Está disposto a fazer alguma coisa para mudar a situação?
Elaborar um plano	Que etapas é que tem que seguir para atingir o que quer? Tem algumas ideias sobre estratégias que possam ser eficazes?
Avaliar os resultados	O que é que aprendeu enquanto tentava seguir os seus objetivos? O que é que poderá fazer de forma diferente?

Estes passos podem ser utilizados em simultâneo numa única intervenção, ou cada interação pode focar-se somente em um ou dois. Depende, sobretudo, do cliente. Este

pode, também, permanecer mais tempo numa etapa do que em outra; o importante é que não seja pressionado a passar para a seguinte, se essa não for a sua vontade, ou se não houver condições para que tal aconteça (Anderson & Funnell, 2005). De uma forma geral, verifica-se que estas estratégias são comuns a qualquer tipo de abordagem. Porém, não são as estratégias em si ou a sua sequência, mas a forma como são utilizadas que caracterizam uma abordagem que privilegia o *empowerment* (Anderson & Funnell, 2005).

Esta abordagem favorece uma relação de parceria entre o profissional de saúde e o cliente, promove uma aprendizagem participativa, partindo dos conhecimentos e experiências da própria pessoa e apoia a reflexão e a consciencialização das necessidades de mudança (Adolfsson *et al.*, 2008). Quando realizada em grupo, permite que as pessoas partilhem as suas experiências acerca da doença e da forma como a integram na sua vida. Para além disso, os clientes sentem que têm mais tempo para falar e para serem escutados. Este processo, no qual as pessoas percebem a necessidade de mudar e adotam comportamentos de autogestão, como a escolha de uma alimentação saudável, a prática regular de exercício e a monitorização glicémica, origina sentimentos de autoeficácia e de maior (auto) controlo sobre a saúde (Adolfsson *et al.*, 2008).

Verificamos que Anderson, Funnell e colegas têm vindo, ao longo dos anos, a desenvolver um importante trabalho na área do *empowerment*, não só com contributos a nível concetual, mas também com orientações explícitas aos profissionais sobre a operacionalização desta filosofia. Também implementaram e avaliaram programas educacionais realizados em grupo e promotores do *empowerment* que se refletiram positivamente na autoeficácia percebida pelo cliente e no controlo glicémico (Anderson, Funnell, Butler, Arnold, Fitzgerald & Feste, 1995). Descreveram, igualmente, o modelo que apoia a mudança comportamental e desenvolveram instrumentos que permitem monitorizar o impacto das intervenções na autoeficácia percebida pela pessoa (Anderson, Funnell, Fitzgerald & Marrero, 2000; Anderson, Fitzgerald, Gruppen, Funnell & Oh, 2003)

Entretanto, outros investigadores desenvolveram estudos tendo como base a implementação de programas educacionais baseados no *empowerment* e encontraram resultados positivos em inúmeras variáveis (Adolfsson *et al.*, 2008; Deakin *et al.*, 2006; Skinner *et al.*, 2006). Por exemplo, o *Diabetes Education and Self-management for Ongoing and Newly Diagnosed* (DESMOND), desenvolvido por Skinner e colaboradores (2006), promoveu alterações significativas nas representações de doença e valores mais baixos de hemoglobina glicosilada. Da mesma forma, o *X-PERT Programme*, desenvolvido por Deakin e colaboradores (2006) teve como resultado melhorias nos marcadores clínicos, nos autocuidados, nos conhecimentos sobre a doença, na perceção

de autoeficácia, na satisfação com o tratamento, na adaptação à diabetes e na qualidade de vida.

Porque os atuais modelos de cuidados de saúde preconizam uma abordagem centrada na pessoa e não na doença, valorizando o seu conhecimento e as suas experiências, este constructo, que representa também uma filosofia e um modelo, assume-se como central na nossa investigação. A filosofia e o modelo do *empowerment* guiam conceptualmente este estudo. Perspetivamos o autocuidado como um conceito amplo, em que a pessoa com doença crónica desempenha um conjunto de atividades que lhe permitam assumir o controlo da sua vida, minimizando o impacto da diabetes e suas complicações. Embora a adesão não seja um termo particularmente utilizado neste modelo, porque por vezes conotada com o seguimento de uma prescrição, e portanto redutora da liberdade da pessoa, é aqui perspectivada como um estado dinâmico em que o cliente se envolve nas decisões acerca do tratamento, procurando motivação para levar avante essas resoluções. Visto que essas decisões implicam determinados comportamentos e que, grande parte destes são adotados no dia-a-dia, no seu ambiente natural, é necessário que possua um conjunto de competências que lhe permita implementar as atividades inerentes ao plano de tratamento. Uma gestão eficaz do regime terapêutico, encarada como um processo, traduz a operacionalização de determinadas competências. A educação terapêutica representa uma estratégia assente numa relação de parceria e colaboração entre o profissional e o cliente, que visa ajudá-lo a desenvolver essas competências, para tomar decisões informadas e assumir a responsabilidade no seu próprio cuidado. E é neste processo que o enfermeiro desempenha o seu papel de facilitador.

1.3 VISÃO GERAL DO ESTUDO

No sentido de contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem mais significativos para os clientes, desenvolvemos um estudo longitudinal com base nos princípios de investigação-ação (IA) e com recurso a técnicas de cariz qualitativo e quantitativo.

A IA surgiu com o psicólogo Kurt Lewin na primeira metade do século XX. Este preconizava uma visão alternativa aos tradicionais métodos de pesquisa que se baseavam em procedimentos estatísticos, enfatizando uma maior participação social em que os participantes se envolviam em um processo cíclico de averiguação, planeamento, ação e avaliação (Somekha & Zeichnerb, 2009). Daí que a IA comporta um conjunto de aspetos que incluem: a identificação de um problema, uma ação e uma orientação para a

mudança, um processo que envolve etapas sistemáticas e, por vezes, interativas, bem como a colaboração entre os participantes (Baskerville, 1999). McKay e Marshall (2002) enfatizam a dualidade inerente a este tipo de desenho, nomeadamente a sobreposição da teoria/prática e da ação/investigação, conceptualmente representada por dois ciclos, em que o primeiro ciclo está relacionado com a resolução do problema e o segundo com os aspetos inerentes à investigação/teorização propriamente dita. Holter e Schwartz-Barcott (1993) reportam-se a quatro características fundamentais da IA: (1) a procura de soluções para os problemas da prática; (2) a colaboração entre os profissionais e os investigadores; (3) a implementação de mudanças na prática; (4) o desenvolvimento de teoria (cit. por Streubert & Carpenter, 2002, p.281). Assim, a IA tem como alvo, se não a resolução na totalidade de um determinado problema real, a sua melhoria ou a mudança de práticas na sua abordagem. Em simultâneo, debruça-se também sobre a pesquisa, em busca de novos conhecimentos (McKay & Marshall, 2002). Deste modo, empenha-se na resolução de um problema através da ação, acompanhada por um processo reflexivo de questionamento e procura de novos conhecimentos, gerando novas práticas (Somekha & Zeichnerb, 2009). Inseridos em um determinado contexto, os profissionais aprendem sobre si mesmos, sobre a sua prática e sobre como mudar essa mesma prática (Streubert & Carpenter, 2002). Espera-se, também, que os profissionais que estão envolvidos neste tipo de ação e investigação se tornem mais empenhados com as mudanças pretendidas e que as incluam na sua *praxis*, mesmo depois do estudo ser concluído (Streubert & Carpenter, 2002).

Embora os níveis de colaboração entre o investigador e os profissionais possam variar, podendo acontecer somente em uma etapa inicial, na presente investigação os enfermeiros assumiram um papel de co investigadores, participando em todo o processo, encontrando-nos, então, como referem Argarys e Schon (1991), perante uma IA participativa (cit. por Streubert & Carpenter, 2002).

Assim, procurando dar poder às pessoas que estão envolvidas no processo para que elas possam agir a seu próprio favor, resolvendo os seus problemas (Streubert & Carpenter, 2013), trabalhámos em conjunto com os enfermeiros, no sentido de influenciar diretamente o mundo da prática (Dolbec, 2003).

O recurso à IA não teve por foco o processo ou ciclo de teorização ou geração de conhecimento. A IA foi utilizada enquanto modo de conduzir a ação. De acordo com Pazos (2002), conduzir a ação com base nos princípios da IA remete-nos para uma reflexão inicial onde indagamos sobre a origem e evolução da situação problemática, sobre a posição das pessoas implicadas na investigação, perante o problema

(conhecimentos, experiências prévias, atitudes e interesses), sobre os aspetos que geram mais conflito (e em que contextos e grupos se manifestam), de que forma se assumem esses conflitos (discursos, práticas, relações organizacionais), quais as formas de contestação e resistência e qual a relação entre a teoria e a prática. Porém, não nos detemos somente na fase diagnóstica. Porque a IA é constituída por cinco etapas (diagnóstico de situação, planeamento da ação, implementação da ação, avaliação da ação e identificação do adquirido) e orientada para a resolução de problemas, avançamos ao longo das etapas, de modo a testar a eficácia de um programa mas, também, de modo a gerar estratégias de intervenção, mais proficientes para um determinado contexto.

Recorremos a métodos quantitativos e qualitativos, visto ambos possuírem as suas virtudes e limitações, podendo esta complementaridade ser enriquecedora para a evolução do conhecimento e / ou para a construção de soluções duradoiras, porque adequadas à realidade contextual (Polit, Beck & Hungler, 2004; Ribeiro, 2010). As técnicas qualitativas permitem que determinado fenómeno seja estudado em profundidade e detalhe (Patton, 1990, cit. por Ribeiro, 2010), pois é realizada com o recurso à perspectiva pessoal dos sujeitos implicados nas situações (Almeida & Freire, 2000, Aires, 2011), permitindo obter informação acerca dos seus valores, opiniões, comportamentos e contextos sociais (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest & Namey, 2005). Por sua vez, o recurso às técnicas quantitativas possibilita a utilização de medidas e de métodos padronizados e convertíveis em números, permitindo explicar, predizer e controlar os fenómenos (Almeida & Freire, 2000; Ribeiro, 2010), bem como a identificação de regularidades. Ao conduzirmos a nossa ação pelos princípios da IA procuramos valorizar a visão dos enfermeiros na construção de soluções que funcionassem à escala dos serviços, bem como potenciar a implicação e compromisso de todos no construído. As mudanças mais duradoiras e significativas são aquelas que radicam na aprendizagem dos envolvidos, no seu compromisso e vinculação com as decisões. Tais mudanças estão fortemente associadas a percursos partilhados, discutidos e harmonizados (Argarys & Schon, 1982). Daqui resulta que foi sempre nossa intenção “co construir” um programa que funcionasse à escala dos contextos onde foi elaborado e que, após a nossa saída do campo, se mantivesse pelos seus méritos, benefícios e apropriação, por parte dos seus intérpretes – os enfermeiros.

Através de um percurso que se prolongou durante alguns anos, trabalhamos em parceria com um grupo de enfermeiros dos cuidados de saúde primários, responsáveis pela gestão e pela prestação direta de cuidados e que, neste contexto, assumiram o papel de co investigadores. Inicialmente, os enfermeiros refletiram sobre o que fazem, porque o

fazem e o que pretendem fazer. Auscultamos as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, desocultando as suas forças e dificuldades na gestão do regime terapêutico. Esta etapa inicial permitiu prosseguir para a elaboração, implementação e avaliação de um programa educacional, que visa apoiar a pessoa na gestão dos autocuidados relacionados com a diabetes. Tendo como filosofia subjacente o *empowerment*, estes profissionais de saúde assumiram uma nova postura, privilegiando uma abordagem centrada no utente e, portanto, nas suas necessidades.

A tese aqui apresentada reflete o processo e os resultados, e sugere um conjunto de aspetos que podem contribuir para o *empowerment*, tanto do cliente como dos próprios enfermeiros, dando-lhes o controlo da sua ação profissional. De facto, tendo como foco principal o estudo do impacto do programa nos clientes, não deixaremos de analisar e refletir a sua influência nos modelos em uso pelos enfermeiros. Embora o currículo que constitui o programa educacional se assemelhe aos conteúdos habitualmente privilegiados no âmbito da educação tradicional, a verdade é que a forma (filosofia) como é interpretado interfere no modo como é implementado. O modo como ele é “encenado” traduz e traduz-se nos principais atores, enfermeiros e clientes. Assim, parece-nos importante que ambos (os atores) devam constituir elementos de análise.

1.3.1 O curso da ação

Partimos com uma pergunta que norteou a nossa ação: Terá um programa educacional, centrado na pessoa com diabetes, impacto nas variáveis psicossociais, na promoção dos comportamentos de autocuidado e nos marcadores clínicos?

Com esta questão tivemos como finalidade:

- Desenvolver, implementar e avaliar um programa de intervenção educacional dirigido às componentes psicossociais e comportamentais que apoie a pessoa na adesão e gestão da diabetes, e, por esta via, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Tendo como subjacente a filosofia do *empowerment*, pretendeu-se promover o envolvimento ativo da pessoa nos cuidados à sua doença, trabalhando com ela competências que lhe permitissem integrar a diabetes na sua vida e resolver os problemas que daí decorrem. A Figura 1 representa as etapas percorridas ao longo do estudo.

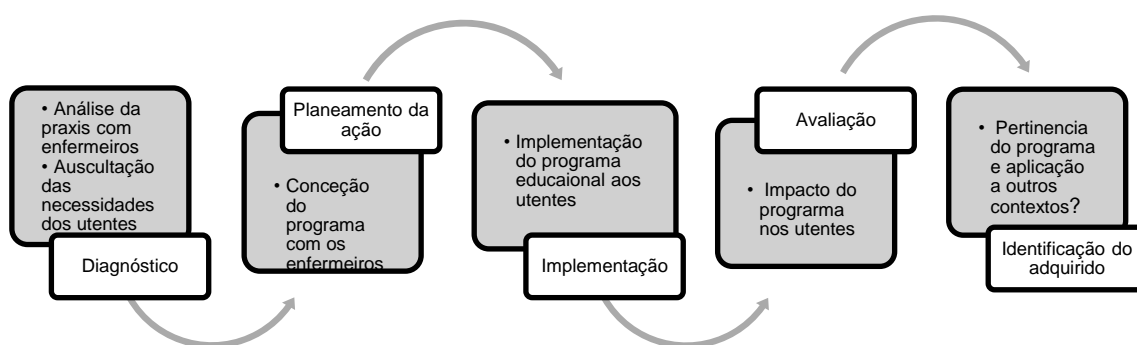


Figura 1 - Desenho do estudo

Em qualquer altura do desenvolvimento do projeto, foi sempre possível proceder a um reajuste dos problemas, soluções e métodos de abordagem, regressando a qualquer uma das etapas, o que imprime um carácter dinâmico e autorregulado ao processo. Cada fase do programa teve objetivos específicos, bem como estratégias diferentes de atuação. A Tabela 2 sumariza a finalidade, o desenho, os participantes e as técnicas de recolha de dados que foram utilizadas nos estudos que foram sendo concretizados ao longo das etapas do percurso desenvolvido.

Tabela 2 - Finalidade e método dos estudos

Fases	Estudo	Finalidade	Desenho	Participantes	Recolha de dados
Fase de Diagnóstico	Estudo 1	Explorar os fatores facilitadores/inibidores de uma gestão eficaz, à escala local	Exploratório Qualitativo	15 utentes com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	Entrevista semiestruturada
	Estudo 2	Refletir sobre as práticas de enfermagem em uso, à escala local	Exploratório Qualitativo	35 enfermeiros de cuidados de saúde primários	Reflexão falada (Thinking aloud)
Fase de Planeamento da ação	Estudo 3	Construir um programa de intervenção que promova a adesão e a gestão do regime terapêutico, exequível à escala local	Exploratório Qualitativo	35 enfermeiros de cuidados de saúde primários. 7 docentes da ESEP	Grupos focais
Fase de Implementação e avaliação da ação	Estudo 4	Avaliar o impacto do programa educacional nas variáveis psicossociais, nos comportamentos de autocuidado com a diabetes, na qualidade de vida e nos marcadores clínicos	Comparativo Misto	86 utentes com diabetes que frequentaram o programa	Questionários antes e após o programa. Entrevista estruturada

Porque o processo é dinâmico e retroalimentado, ao longo dos diferentes estudos fomos refletindo sobre o adquirido, apontando sempre possibilidades de mudança. Não se constituindo como um estudo, é na conclusão que sintetizamos o que foi alcançado através de todo o processo de investigação, onde avaliamos a pertinência do programa após fase experimental e ponderamos sobre a sua possível implementação em outros contextos.

1.3.2 O contexto

A presente investigação decorreu, em todas as suas etapas, nos ACES do distrito de Vila Real, concretamente no centro de saúde Chaves 1 e no centro de saúde de Murça. O programa de intervenção foi desenvolvido pelas respetivas Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Os agrupamentos de centros de saúde, designados de ACES, são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Decreto-Lei 28/2008). Estes integram várias unidades funcionais: Unidade de Saúde familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e outras unidades ou serviços propostos pela respetiva administração regional de saúde (ARS), e aprovados por despacho do Ministro da Saúde. Em cada centro de saúde, integrante de um ACES, funciona pelo menos uma USF ou UCSP e uma UCC (ou serviços que a compõem). Quanto à USP e à URAP cada ACES só possui uma.

Pela missão atribuída às UCC's, bem como pela motivação e receptividade a novas práticas de atuação demonstradas pelos enfermeiros de Chaves e Murça, estes foram os locais escolhidos para o nosso estudo. De facto, as UCC têm como missão prestar cuidados de enfermagem e de apoio psicossocial de base geográfica e domiciliária, identificando e acompanhando as famílias (clientes) com maior risco ou vulnerabilidade de saúde, especialmente quando existem grávidas, recém-nascidos, pessoas com acentuada dependências ou com patologias que precisem de um apoio mais próximo e regular. Atuam, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. São compostas por uma equipa multiprofissional constituída por enfermeiros, médicos, técnicos superiores de

serviço social, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, de acordo com as necessidades e recursos disponíveis e encontram-se em articulação com as Unidades de Saúde Familiar e com a Unidade Operativa de Saúde Pública.

O distrito de Vila Real contempla o Agrupamento de Centros de Saúde Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso, que integra o Centro de Saúde Chaves 1 e o Agrupamento de Centros de Saúde Douro I - Marão e Douro Norte, que integra o Centro de Saúde de Murça.

O concelho de Murça localiza-se na região Norte de Portugal, e situa-se no centro oriental do distrito de Vila Real e da Região de Trás-os-Montes e Alto Douro. Com um total de 5952 habitantes (INE, 2011), não foge às tendências da região, demonstrando sinais evidentes de regressão demográfica. De um modo geral, entre 2001 e 2011, tem-se verificado um decréscimo de população de 11,85% no total, à custa principalmente da diminuição dos grupos etários mais jovens. Pelo contrário, o grupo de pessoas com 65 anos ou mais aumentou 6,23%. Em termos de escolaridade, o município de Murça apresenta valores baixos face às médias nacionais e regionais, tendo, no entanto, vindo a melhorar. Em 2011 a taxa de analfabetismo diminuiu para 10,96% (INE, 2011). No entanto, cerca de metade da população possui somente o 1.º ciclo. Quanto à população economicamente ativa, verifica-se que a maioria desenvolve o seu trabalho no sector terciário, distribuindo-se depois, equitativamente, pelo sector primário e secundário.

O centro de saúde de Murça é constituído pela sede e por 4 extensões de saúde, estando inscritos na UCSP, no ano de 2011, 7051 utentes. Dados de 2011, extraídos do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), apontam para 580 pessoas inscritas no “programa de saúde – Grupos de risco: diabetes”.

A UCC de Murça é composta por uma equipa multiprofissional: 4 enfermeiras com especialidades em diferentes áreas: 1 enfermeira chefe, com especialidade em Enfermagem de Reabilitação; 2 enfermeiras com especialidade em Enfermagem Comunitária e 1 enfermeira com especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia. Integra, também, técnicos da URAP, em tempo parcial, nomeadamente 1 técnico Superior do Serviço Social, 1 Psicólogo, 1 Médico, 1 Nutricionista, 1 Fisioterapeuta e 1 Assistente Técnico, também em tempo parcial, que faz parte da Unidade de Apoio à Gestão (UAG).

O concelho de Chaves situa-se no vale do rio Tâmega, no extremo Norte do país, fazendo fronteira com a Espanha. Tal como em Murça, embora de forma não tão acentuada, Chaves sofreu uma perda na sua população residente de 5,55%, entre 2001

e 2011 (INE, 2011). Essa perda aconteceu sobretudo no grupo etário dos jovens, das crianças e da população adulta até aos 64 anos. Os idosos com 65 ou mais anos foi o grupo que registou um acréscimo de 16,92%, verificando-se assim a tendência na inversão da pirâmide etária. Chaves apresenta uma taxa de analfabetismo de 7,60%, portanto inferior a Murça. A presença de instituições de ensino superior neste concelho bem como o urbanismo que a caracteriza podem explicar estes valores. Relativamente ao modo como a população ativa se distribui pelos diferentes sectores de atividade, a maior parte desempenha as suas funções no sector terciário, sendo que os restantes trabalhadores distribuem-se pelos sectores secundário e primário, mas este último já com pouca expressão (INE, 2011).

O centro de saúde de Chaves 1 é constituído pela sede e por 2 extensões de saúde. De acordo com dados extraídos no programa SINUS (Sistema de Informação para as Unidades de Saúde), em 2011, estavam inscritos nesta unidade 26,330 utentes. Dados do SAPE, em 2011, apontam para a existência de 1847 pessoas inscritas no “programa de saúde – Grupos de risco: diabetes”.

A UCC de Chaves 1 integra vários profissionais. A tempo integral, a equipa de enfermagem inclui 9 enfermeiros especialistas: 3 na área da reabilitação; 1 de saúde infantil e pediátrica; 2 em Saúde Materna e Obstetrícia e 3 na área de enfermagem comunitária. Por sua vez, em tempo parcial, a UCC engloba técnicos da URAP: 1 Nutricionista, 1 Técnico de Serviço Social. Conta também com o apoio de 2 assistentes operacionais.

1.3.3 Os atores da investigação

Um aspeto que importa clarificar é o facto de o programa ser concebido e implementado exclusivamente por enfermeiros. Esta opção não pretende contrariar as orientações emanadas pelas principais organizações de saúde que apontam para a necessidade de uma intervenção multidisciplinar (DGS, 2013a; OMS, 2003; IDF, 2013). Estas equipas só funcionarão se houver um objetivo claro, partilhado pelos diferentes técnicos, onde cada profissional deverá disponibilizar os melhores cuidados de saúde, baseados na evidência científica disponível.

O contexto atual parece ser favorecedor para a intervenção dos enfermeiros: encontramos-nos em um momento em que a disciplina de enfermagem, fruto do seu desenvolvimento concetual, contribui com um “core” de conhecimentos capaz de gerar práticas inovadoras. Os enfermeiros apresentam uma sólida formação e encontram-se

particularmente sensíveis a assumir novas posturas, consonantes com as atuais prioridades em saúde. Acresce, ainda, que as diferentes organizações reconhecem o importante papel que este grupo profissional pode assumir no acompanhamento de pessoas com doenças crónicas, pelas condições acima descritas, mas também pela efetiva proximidade com os clientes. Assim, perspetivando uma enfermagem mais avançada (Silva, 2007), pretende-se evoluir para modelos que se centrem nas respostas humanas às transições a que as pessoas estão sujeitas ao longo das suas vidas.

Compreende-se que esta investigação, embora se centre prioritariamente no cliente, se debruce também nos enfermeiros.

Participaram nesta investigação 8 enfermeiras, com idades compreendidas entre os 37 e os 54 anos, que assumem o papel de co investigadoras. O tempo de profissão varia entre os 7 anos e os 32 anos. A maioria é detentora do título de especialista: 3 na área de Enfermagem Comunitária; 2 na área de Enfermagem de Reabilitação; 1 na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; e 1 na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

1.3.4 Considerações éticas

O projeto de investigação foi submetido formalmente para apreciação e aprovação à Sub-Região de Saúde de Vila Real, tendo sido autorizado (Anexo 1). A Sub-Região de Saúde de Vila Real foi, posteriormente designada por ACES de Vila Real. Esta mudança de terminologia deriva do facto de, em Março de 2009, as Sub-Regiões de Saúde serem extintas, decorrente da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), publicado, no Decreto-Lei n.º 28/2008, em Diário da República. Assim, como ao longo do decurso da investigação houve alterações na estrutura e organização dos Cuidados de Saúde Primários, foram contactados diretamente elementos dos concelhos executivos dos ACES de Alto Trás-os-Montes II- Alto Tâmega e Barroso e ACES de Douro I - Marão e Douro Norte, que concordaram com o decurso do estudo.

Os princípios de igualdade, autonomia, beneficência e não maleficência, bem como o princípio de justiça foram assegurados, respeitando a pessoa nas suas opções, valores, interesses e bem-estar. Foram respeitadas neste estudo a generalidade das regras de conduta expressas na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2008) e na legislação nacional em vigor, sendo garantida a necessária confidencialidade das informações recolhidas, através da codificação dos questionários e garantindo que

qualquer informação fornecida pelos participantes não seria acessível a elementos externos à equipa de investigação e à equipa de saúde, de modo a respeitar os princípios de beneficência e justiça (Streubert & Carpenter, 2002). Ao longo das várias etapas que o estudo contempla, somente após o esclarecimento da natureza do estudo, duração, objetivos, método, inconvenientes e riscos, é que foi solicitado aos participantes a sua aceitação na investigação. Desta forma o consentimento informado, esclarecido e livre foi assegurado (Anexo 2). Os participantes, neste caso pessoas com diabetes, foram também informados que a não-aceitação de integrarem o programa, bem como a sua desistência ao longo da sua implementação, não teria qualquer consequência na qualidade dos cuidados prestados, podendo se entretanto quisessem, integrar posteriormente o programa, garantindo o princípio da autonomia (Streubert & Carpenter, 2002).

Outros princípios éticos foram respeitados. O uso racional dos recursos existentes nos serviços de saúde, adaptando a investigação aos interesses e recursos das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) foi tido em consideração, não implicando maiores gastos do que aqueles que seriam necessários para a habitual prestação de cuidados. Na tentativa de evitar uma sobrecarga para os participantes, a implementação das sessões que constituíam o programa foram combinadas de acordo com a disponibilidade dos diferentes grupos de utentes.

Os participantes foram informados da possibilidade de acederem aos resultados desta investigação, caso estejam interessados. O investigador também tem o dever ético de divulgar os resultados obtidos, pois o conhecimento só é útil se for partilhado (Anexo 3).

Para além destes, outros tópicos inerentes à própria investigação, de acordo com Streubert e Carpenter (2002), foram considerados. O fenómeno de interesse deste estudo poderá contribuir para o bem comum, especificamente para a melhoria dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, para possíveis ganhos em saúde no cliente com diabetes. Na revisão da literatura procurou abranger-se o máximo de estudos disponíveis acerca do tema. No planeamento da investigação o bem-estar físico e psicológico das pessoas com diabetes foi tido em consideração e foram discutidas as estratégias de recrutamento dos participantes, de forma a possibilitar que o maior número possível pudesse vir a integrar o programa, se assim o desejassem. Os instrumentos de recolha de dados foram selecionados de acordo com as variáveis em estudo, com as suas características psicométricas, mas também com a adequabilidade à população em estudo. A utilização das escalas foi precedida pela autorização dos respetivos autores (Anexo 4). Como a recolha de dados foi efetuada pelos vários co investigadores, estes

foram devidamente preparados para que não houvesse dúvidas que pudessem potenciar o enviesamento da informação. A análise dos dados foi também conduzida por mais que um investigador.

1.4 VISÃO GERAL DO RELATÓRIO

Este relatório integra, para além desta introdução e da conclusão final, quatro estudos correspondentes às etapas do percurso de investigação. Embora sejam aqui apresentados sequencialmente, estes desenrolaram-se de forma interligada e, por vezes, sobreposta.

Os estudos iniciais reportam-se à fase diagnóstica, ou de identificação de oportunidades de mudança, onde procuramos conhecer o modo como as pessoas com diabetes integram o regime terapêutico na sua vida, desocultando os fatores facilitadores/inibidores de uma gestão eficaz. Pretendemos, simultaneamente analisar com os enfermeiros os cuidados prestados à pessoa com doença crónica. Assim, o primeiro estudo explorou os fatores facilitadores e inibidores de uma gestão eficaz da diabetes tipo 2 e analisou o papel do enfermeiro no processo de gerir a doença, na perspetiva dos clientes. Por sua vez, o segundo estudo pretendia refletir sobre as práticas de enfermagem em uso, no sentido de evoluir para uma enfermagem com mais enfermagem. Por esta via, estaríamos em melhores condições para desenhar um programa de intervenção que fosse exequível à escala do contexto e significativo para os envolvidos. Neste sentido, pretendia-se evoluir para novas abordagens, de forma a aproximar o(s) modelo(s) em uso do modelo exposto.

O terceiro estudo descreve o trajeto percorrido pelos enfermeiros no sentido de preparar uma mudança sustentada e adequada aos contextos reais da população com diabetes, e culmina na conceção de um programa educacional. Este programa, com uma abordagem centrada no cidadão e tendo o *empowerment* como filosofia subjacente, foi orientado para os fatores que influenciam os comportamentos de autocuidado, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O quarto estudo descreve a avaliação da eficácia do programa num conjunto de variáveis psicossociais, nos comportamentos de autocuidado com a diabetes, na qualidade de vida e nos marcadores clínicos.

A última parte da tese reúne as principais conclusões obtidas através desta investigação, aborda as suas limitações e sugere possíveis percursos no acompanhamento da pessoa

com diabetes. Aqui é também abordada a pertinência do programa de intervenção e a possibilidade de implementação em outros contextos. Reflete-se, ainda, sobre o seu contributo para a enfermagem, enquanto profissão e disciplina.

Os estudos estão redigidos seguindo uma lógica de artigo, especificamente no que diz respeito à sua estrutura, a fim de facilitar a divulgação dos resultados. No atual momento não tivemos como principal preocupação delimitá-los em termos da sua extensão, pois parece-nos essencial descrever, com algum detalhe, certas opções e procedimentos, de forma a torná-los mais explícitas ao leitor. Posteriormente, essa seleção será realizada, adequando-a às orientações dos periódicos onde se pretende publicar.

1.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adolfsson, E. (2008). *Patient education for people with type 2 diabetes in primary health care*. Doctoral thesis. Acedido em abril, 2014, em <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:172373/FULLTEXT01.pdf>
- Adolfsson, E.; Smide, B.; Gregeby E.; Fernström L. & Wikblad K. (2004). Implementing empowerment group education in diabetes. *Patient Education and Counseling*, 53 (3), 319-324. DOI: 10.1016/j.pec.2003.07.009
- Adolfsson E.; Starrin, B.; Smide, B.; Wikblad, K. (2008). Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (7), 986-94. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.007
- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta. Acedido em Agosto, 2013, em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/1/Paradigma%20Qualitativo%20e%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Educacional.pdf>
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (2.^a edição). Braga: Psiquilíbrios.
- Al-Qazaz, H.; Hassali, M.; Shafie, A.; Sulaiman S. & Sundram S. (2010). The 14-item Michigan Diabetes Knowledge Test: translation and validation study of the Malaysian version. *Practical Diabetes International*, 27 (6), 238-242.

- American Association of Diabetes Educators (2009). *Guidelines for the practice of diabetes education*. Acedido em Agosto, 2013, em <http://www.diabeteseducator.org>.
- Anderson, R.; Fitzgerald, J.; Gruppen, L.; Funnel, M. & Oh, M. (2003). The Diabetes Empowerment Scale – Short Form (DES-SF). *Diabetes Care*, 26 (5), 1641-1642. DOI: 10.2337/diacare.26.5.1641-a
- Anderson, R. & Funnell, M. (2005). *The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators*, (2nd ed.) Virginia: American Diabetes Association.
- Anderson, R. & Funnell, M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79 (3), 277-282. DOI: 10.1016/j.pec.2009.07.025
- Anderson R.; Funnell, M.; Butler, P.; Arnold, M.; Fitzgerald, J. & Feste, C. (1995). Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18 (7), 943-949. DOI: 10.2337/diacare.18.7.943
- Anderson, R.; Funnel, M.; Fitzgerald, J. & Marrero, D. (2000). The Diabetes Empowerment Scale. A measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 23 (6), 739-743. DOI: 10.2337/diacare.23.6.739
- Anderson, R. [et al.] (2009). Evaluating the efficacy of an empowerment-based self-management consultant intervention: results of a two-year randomized controlled trial. *Therapeutic Patient Education*, 1 (1), 3-11. DOI: 10.1051/tpe/2009002
- August, K. & Sorkin, D. (2010). Marital status and gender differences in managing a chronic illness: the function of health-related social control. *Social Science & Medicine*, 71, 1831-1838. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.08.022.
- Argyris, C. & Schön, D. (1982). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Atak, N.; Gurkan, T. & Kose, K. (2008). The effect of education on knowledge, selfmanagement behaviours and self efficacy of patients with type 2 diabetes. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26 (2), 66-74.
- Atreja, A.; Bellam, N. & Levy, S. (2005). Strategies to enhance patient adherence: Making it simple. *Medscape General Medicine*, 7(1), 4. Acedido em dezembro, 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1681370/>

- Backman, K. & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling. Issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 3 (30), 564-572.
- Barlow, J.; Wright, C.; Sheasby, J.; Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management of chronic conditions: a review. *Patients Education and Counseling*, 48, 177-187. DOI: 10.1016/S0738-3991(02)00032-0
- Baskerville, R. (1999). Investigating information systems with action research. *Communications of the Association for Information Systems*, 2 (19), 1-32.
- Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Bastos, F.; Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.
- Bennet, J.; Fuertes, J. & Phillips, R. (2010). The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient Education and Counseling*, 85, 53-59. DOI: 10.1016/j.pec.2010.08.005
- Bodenheimer, T.; Lorig, K.; Holman, H. & Grumbach, K. (2002) Patient self management of chronic disease in primary care. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 2469–2475. DOI:10.1001/jama.288.19.2469.
- Broadbent, E.; Donkin, L. & Stroh, J. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*, 34 (2), 338-340. DOI: 10.2337/dc10-1779
- Broadbent, E.; Petrie, K.; Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Cohen, E. & Cesta, T. (2004). *Nursing case management: from essentials to advanced practice applications* (4nd ed.). New York: Mosby.

- Cooper, H.; Booth, K. & Gill, G. (2003). Using combined research methods for exploring diabetes patient education. *Patient Education and Counseling*, 51, 45-52. DOI: 10.1016/S0738-3991(02)00265-3
- Corben, S. & Rosen, R. (2005). *Self-management for long-term conditions: patient's perspectives on the way ahead*. King's Found. Acedido em março 10, 2013, em http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/self-management-long-term-conditions-patients-perspectives-sara-corben-rebecca-rosen-kings-fund-26-july-2005.pdf
- Coster, S. & Norman, I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (4), 508-528. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.09.009
- Coulter, A. & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions: a review of the evidence*. London: The Health Foundation.
- Deakin, T.; Cade, J.; Williams, R. & Greenwood, D. (2006). Structured patient education: the Diabetes X-PERT Programme makes a difference. *Diabetes Medicine*, 23, 944-954. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2006.01906.x
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República n.º 38/2008 -1.ª série*. Acedido em outubro, 2013, em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/639D1F2C-07BD-4ED3-8EA3-53FBB5EE0F30/0/0118201189.pdf>
- Delamater, A. (2007). Improving patient adherence. *Diabetes Care*, 30, 1107-1112. DOI: 10.2337/diaclin.24.2.71
- Department of Health (2005). *Promoting optimal self care: consultation techniques that improve quality of life for patients and clinicians*. DH, London. Acedido em janeiro, 2014, em <http://www.ehealthnurses.org.uk/pdf/poselfcare.pdf>
- Department of Health (2006). *Supporting people with long-term conditions: an NHS and Social Care Model to support local innovation and integration*. Stationery Office, London.
- Department of Health (n.d.). *Self-care - the patient's perspective*. Acedido em março, 2014, em <http://www.dh.gov.uk>.

- Despacho n.º 3052/2013 de 26 de fevereiro. *Diário da República n.º 40/2013 -2.ª série*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Acedido em janeiro, 2014, em <http://dre.pt/pdf2sdip/2013/02/040000000/0752707529.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes*. Ministério da Saúde. Acedido em janeiro, 2014, em <http://www.dgs.pt.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Terapêutica da diabetes mellitus tipo 2: metformina*. Norma n.º 001/2011 de 07/01/2011. Consultado em janeiro, 2013, em <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&acess=0>
- Direcção-Geral da Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde (2013a). *Processo assistencial integrado: diabetes mellitus tipo 2*. Acedido em outubro, 2013, em <http://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013b). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Versão reduzida. Acedido em outubro, 2013, em http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20134.pdf
- Dolbec. A. (2003). A Investigação-acção. In Gauthier, B. (Ed.) *Investigação social: da problemática à colheita de dados* (3.ª ed.) (pp.483-512). Lusociência.
- Duarte, R. (2013). Editorial. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 8 (1), 2-3.
- Duarte, R.; Nunes, J.; Dorés, J. & Medina, J. (2013). Recomendações nacionais da SPD para o tratamento da hiperglicemia na diabetes tipo 2. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 8 (1), 4-29.
- Ekman, I. [et al.] (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.
- Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Cuidados de saúde a portadores de diabetes mellitus*. Acedido em novembro, 2013, em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/.../139/DM_Relatorio_Final.pdf
- European Diabetes Leadership Forum (2102). *The diabetes epidemic and its impact on Europe*. Acedido em março, 2014, em <http://www.oecd.org/els/health-systems/50080632.pdf>

- Figueiras, M. [et al.] (2009). Patients' illness schemata of hypertension: the role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology & Health*, 1-11. DOI: 10.1080/08870440802578961.
- Fung, K. (2009). *Type 2 diabetes: a couples study on spousal relationship and health behaviors*. Honors Theses. Paper 12. Acedido em fevereiro, 2012, em <http://repository.cmu.edu/hsshonors/12>
- Funnell, M. [et al.] (1991). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *The Diabetes Educator*, 17(1), 7-41.
- Funnell, M. [et al.] (2006). A study of certified diabetes educators: influences and barriers. *Diabetes Educator*, 32 (3), 359-72. DOI: 10.1177/0145721706288041
- Funnel, M. [et al.] (2010). National standarts for diabetes self-managenent education. *Diabetes Care*, 33, S89-S96. DOI: 10.2337/dc08-S097
- Gellad, W.; Grenard, J. & Marcum, Z. (2011). A systematic review of barriers to medication adherenc in elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9 (1), 11-23. DOI: 10.1016/j.amjopharm.2011.02.004.
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (3), 354-36. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x.
- Gonder-Frederick, L.A.; Cox, D.J. & Ritterband, L.M. (2002). Diabetes and behavioral medicine: the second decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 611-625. DOI: 10.1037/0022-006X.70.3.611.
- Horne, R. & Weinman, J. (1998). Predicting treatment adherence: an overview of theoretical models. In L. Myers & K. Midence (Eds). *Adherence to treatment in medical conditions* (pp.25-50). Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Hu, J; Gruber, K.; Liu, H.; Zhao, H., & Garcia, A. (2012). Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 51-60. DOI: 10.1037//0022-006X.70.3.611.
- ICN (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: Versão 1*. Lisboa. Versão Portuguesa traduzida por Ordem dos Enfermeiros.

- ICN (2010). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Edição Portuguesa traduzida pela Ordem dos Enfermeiros. Acedido em agosto, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- ICN (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão 2*. Lisboa. Versão Portuguesa traduzida por Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011*. Acedido em janeiro, 2013, em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- International Diabetes Federation (2012). *Global guideline for type 2 diabetes*. Acedido em março, 2014, em <http://www.idf.org/sites/default/files/IDF%20T2DM%20Guideline.pdf>
- International Diabetes Federation (2013). *Diabetes atlas* (6.^a Edição). Acedido em novembro, 2013, em <http://www.idf.org/diabetesatlas>
- Inzucchi, S. [et al.] (2012). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 19, 1-16. DOI: 10.2337/dc12-0413.
- Kathol, R.; Perez, R. & Cohen, J. (2010). *The integrated case management manual: assisting complex patients regain physical and mental health*. New York: Springer Publishinh Company.
- Kralik, D.; Koch T.; Price, K. & Howard, N. (2004). Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (2), 259-67. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2003.00826.x.
- Kralik, D.; Price, K. & Telford, K. (2010). The meaning of self-care for people with chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2, 197–204. DOI: 10.1111/j.1752-9824.2010.01056.x.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março. *Diário da República n.º 57/2014 - 1.ª série*. Acedido em abril, em <http://dre.pt/pdf1sdip/2014/03/05700/0212702131.pdf>
- Leventhal, E. & Crouch, M. (1997). Are there differences in perceptions of illness across the lifespan? In K.J. Petrie, & J.A. Weinman (Eds.) *Perceptions of health and illness:*

- current research & applications* (pp.77-102). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Levesque, A.; Li, H. & Pahal, J. (2012). Factors related to patients' adherence to medication and lifestyle change recommendations: data from Canada. *International Journal of Psychological Studies*, 4 (2), 42-55. DOI:10.5539/ijps.v4n2p42.
- Lorig K. & Holman H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1), 1-7.
- Mack, N.; Woodsong, C.; MacQueen, K.; Guest, G. & Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: a data collector's field guide*. Family Health International.
- Maes, S. & Karoly (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A Review. *Applied Psychology: An International Review*, 54 (2), 267-299. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x.
- Mckay, J. & Marshall, P. (2002). *Action research: a guide to process and procedure*, 1-11.
- Meetoo, D. & Gopaul, H. (2005). Empowerment: giving power to people with diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 9 (1), 28-32
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). Transitions from practice to evidence-based models of care. In Afaf Meleis, *Transitions Theory – middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 1-9). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. & Schumacher. K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* 23 (1), 12-28.
- Mota, L. (2011). *O perfil de autocuidado dos clientes: exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- National Ageing Research Institute (2006). *What is person-centered health care? A literature review*. Victorian Government Department of Human Services, Australia. Acedido em março, 2014, em http://www.mednwh.unimelb.edu.au/pchc/downloads/PCHC_literature_review.pdf

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *How to change practice*. Acedido em novembro, 2012, em <http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/barrierstochange.jsp>
- OMS (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília. Acedido em agosto, 2013, em http://www.whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf
- OMS (2005). *Prevenção das doenças crônicas: um investimento vital*. Acedido em novembro, 2013, em http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. Acedido em fevereiro, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf
- Orem, D. (1993). *Conceptos de enfermería en la práctica*. Masson- Salvat Enfermería. Barcelona.
- Padilha, J. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Pazos, M. (2002). Algunas reflexiones sobre la investigación-acción colaboradora en la educación. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 1 (1), 1-17.
- Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Pereira, M. & Almeida, P. (2004). Autoeficácia na diabetes: conceito e validação da escala. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 585-595.
- Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5.^a ed.) Porto Alegre: Artmed.

- Pourghazneina, T.; Ghaffarib, F.; Hasanzadehc, F. & Chamanzarid, H. (2013). The relationship between health beliefs and medication adherence in patients with type 2 diabetes: a correlation-cross sectional study. *Life Science Journal*, 10 (4s), 38-46. Acedido em novembro, 2013, em http://www.lifesciencesite.com/ljsj/life1004s/006_13765life1004s_38_46.pdf
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3.^a ed.). Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Rodrigues, L. (2011). *O perfil de autocuidado como factor potencialmente condicionador das transições dos clientes: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Rogers, A.; Lee, V. & Kennedy, A. (2007). Continuity and change?: Exploring reactions of guided self-management intervention in a randomised controlled trial for IBS with reference to prior experience of managing a long term condition. *Trials*, 8 (6). Acedido em fevereiro, 2014, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1819391/> DOI:10.1186/1745-6215-8-6.
- Roupa, Z. [et al.] (2009). Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. *Health Science Journal*, 3 (1), 32-40.
- Rubin, R.; Peyrot, M. & Siminerio, L. (2006). Health care and patient-reported outcomes: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care*, 29, 1249-1255. DOI: 10.2337/dc05-2494.
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78.
- Ryan, P. & Sawin, K. (2009). The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57 (4), 217-225. DOI: 10.1016/j.outlook.2008.10.004.
- Santos, I. [et al.] (2009). Comorbilidade e funcionalidade: estudo observacional de um coorte de doentes. *Ata Medica Portuguesa*, 22 (6), 779-788.
- Scambler, S.; Newton, P.; Sinclair, A. & Asimakopoulou, K. (2012). Barriers and opportunities of empowerment as applied in diabetes settings: a focus on health care

- professionals' experiences. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 97 (1), 18-22. DOI: 10.1016/j.diabres.2012.03.001.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: a central concept in nursing. In A. I. Meleis (Eds). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.38-51). New York: Springer Publishing Company.
- Shan, B.; Hux, J.; Laupacis, A., Zinman, B. & van, W. (2005). Clinical inertia in response to inadequate glycemic control: do specialists differ from primary care physicians? *Diabetes Care*, 28, 600-606. DOI: 10.2337/diacare.28.3.600.
- Silva, A. (2001). *Sistemas de informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem - uma teoria explicativa da mudança*. Editoras Formasau e Escola Superior de Enfermagem de São João.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1-2), 11-20.
- Silva, I.; Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da diabetes mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Referência*, II (2), 33-41.
- Skinner, T. [et al.], (2006). Diabetes education and self- management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND): Process modeling of pilot study. *Patients Education and Counseling*, 62, 369-377. DOI: 10.1016/j.pec.2006.04.007.
- Snoddon, J. (2010). *Case management of long-term conditions: principles and practice for nurses*. Blackwell Publishing, Lda.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2013). *Diabetes: factos e números 2013. Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Acedido em dezembro, 2013, em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2013.aspx>
- Somekha, B. & Zeichnerb, K. (2009). Action research for educational reform: remodelling action research theories and practices in local contexts. *Educational Action Research*, 17 (1), 5-21. DOI:10.1080/09650790802667402.

- Sousa, M. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Portugal.
- Sousa, M.; Peixoto, M. & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: Influência na adesão ao regime terapêutico. *Referência, II* (8), 9-67.
- Starfield, B. (2011). Is Patient-centered care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*, 15 (2), 63-69.
- Stephens, M.; Fekete, E.; Franks, M.; Rook, K.; Druley, J. & Greene, K. (2009). Spouses' use of pressure and persuasion to promote osteoarthritis patients' medical adherence after orthopedic surgery. *Health Psychology*, 28, 48-55. DOI: 10.1037/a0012385.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (2.^a ed.). Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (5.^a ed.). Lusociência, Edições Técnicas e Científicas. Lda.
- Tol, A; Shojaezadeh, D.; Sharifirad, G.; Eslami, A.; Alhani, F. & Mohajeritehrani, M. (2012). Predictors of self-management behaviors among type 2 diabetes patients. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2 (3), 2270-2274.
- Uchenna, O.; Ijeoma, E.; Pauline, E. & Sylvester, O. (2010). Contributory factors to diabetes dietary regimen non adherence in adults with diabetes. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 45, 735-742.
- União Europeia (2012). *Resolução do Parlamento Europeu sobre as medidas para fazer face a epidemia de diabetes na EU*. Acedido em março, 2013, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017142.pdf>
- Watson, J. & Smith, M. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (5), 452-461. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02112.x.

- World Health Organization (1998). *The role of the pharmacists in self-care and self medication: report of the 4th WHO consultative group on the role of the pharmacist*, Geneva, 1998. Acedido em janeiro, 2014, em www.who.int/medicinedocs/pdf/whozip32e/whozip32e.pdf.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Acedido em dezembro, 2013, em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
- World Health Organization (2006). *Gaining health: the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Acedido em março, 2012, em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf
- World Health Organization (2008a). *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes*. Acedido em março, 2014, em http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf
- World Health Organization (2008b). *Cuidados de saúde primários – Agora mais que nunca. Relatório mundial de saúde 2008*. Acedido em outubro, 2013, em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- World Health Organization (2009). *Self-care in the context of primary health care: report of the regional consultation Bangkok*. Thailand, 7–9 January 2009. Acedido em outubro, 2013, em www.searo.who.int/entity/primary_health_care/.../sea_hsd_320.pdf.
- World Health Organization (2011). *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. Acedido em março, 2014, em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf
- World Medical Association (2008). *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects*. Acedido em outubro, 2013. Em <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Yoo H.; Kim, C.; Jang, Y. & You, M. (2011). Self-efficacy associated with self management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 599-606. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2011.01970.x.

2. COMPREENDER A EXPERIÊNCIA DE QUEM VIVE COM A DIABETES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Introdução: Viver com doença crónica implica um conjunto de adaptações por parte da pessoa e da sua família. Saber as dificuldades e os sucessos que cada pessoa experiencia no controlo da sua saúde contribuirá para a conceção de cuidados de enfermagem mais significativos e adequados a cada situação. Este estudo pretende explorar, junto da pessoa com diabetes, os fatores facilitadores e inibidores de uma gestão eficaz da doença. Pretende também compreender qual o papel que estes clientes atribuem ao enfermeiro, no processo de gerir a doença.

Método: Estudo qualitativo com recurso a entrevistas exploratórias (semiestruturadas) com 15 pessoas portadoras de diabetes tipo 2, que frequentavam as consultas de enfermagem de dois centros de saúde na região nordeste de Portugal. Procedeu-se a uma análise de conteúdo sem categorias *à priori*, com base numa abordagem de cariz interpretativo.

Resultados: Emergiram duas dimensões ou temas centrais, naquilo que se reporta aos aspetos associados à gestão do regime terapêutico: uma focada nas *condições intrapessoais*, relacionada com as atitudes e crenças, com os conhecimentos, com a memória, com as emoções e com o compromisso dos processos corporais; outra focada nas *condições externas à pessoa*, remetendo para as tarefas diárias, para as interações com a família e com os profissionais de saúde, para os recursos económicos e também para os fatores ambientais. As condições intrapessoais, com uma expressão mais significativa, relacionam-se maioritariamente com as condições internas. Verificamos que crenças realistas, bons conhecimentos, autocontrolo, autoeficácia e suporte social foram referidos como aspetos facilitadores da gestão. Pelo contrário, pouca consciencialização da doença, complexidade do regime, volição diminuída e compromisso dos processos corporais foram associados a uma gestão ineficaz. Na perspetiva dos clientes, os enfermeiros são vistos como educadores que dão instruções, que monitorizam a doença, que supervisionam os comportamentos e que dão apoio emocional.

Conclusão: A multicausalidade de fatores que influenciam a gestão terapêutica, bem como o contexto de cada pessoa, devem ser considerados na conceção de cuidados, desafiando o enfermeiro a ter em atenção vários focos na área das razões para a ação, mas também dos processos corporais e das relações interpessoais. As baixas

expectativas dos clientes face ao papel do enfermeiro sugerem novas abordagens, onde o processo de cuidar deverá concorrer para o *empowerment* da pessoa com diabetes.

2.1 INTRODUÇÃO

Viver com a diabetes implica, habitualmente, a adoção de novos comportamentos e estilos de vida, de forma a controlar a doença. Embora com o suporte dos profissionais de saúde, o tratamento depende maioritariamente da própria pessoa. Neste contexto, o conceito de autogestão remete para um conjunto de competências que envolvem conhecimentos, crenças, capacidades de autorregulação e habilidades que permitam que a pessoa possa gerir a sua condição de saúde (Ryan & Sawin, 2009). A autogestão surge como uma estratégia que, para além de facilitar a integração da doença na vida da pessoa e minimizar as suas consequências, contribui para uma utilização mais equilibrada dos serviços de saúde. Apoiar a autogestão comporta benefícios que se traduzem em mudanças de atitudes e comportamentos, na qualidade de vida, no controlo da doença e na utilização de recursos (Silva, 2011). No entanto, apoiar a pessoa a gerir a doença sugere uma relação colaborativa entre o profissional de saúde e o utente. Desenvolver em conjunto o plano terapêutico implica que o profissional atenda à singularidade do seu cliente, “entrando no seu mundo”, ajudando-o a verbalizar as suas necessidades, a identificar as suas forças, as suas fraquezas e a traçar objetivos, com vista a prosseguir com o seu projeto de vida. A este propósito o Ministério da Saúde (DGS, 2013, p. 39) sugere que as instituições melhorem “a confiança dos cidadãos nas instituições e as condições para a sua valorização, através da auscultação regular das necessidades, expectativas, satisfação e vivências dos utilizadores.” A nossa experiência tem demonstrado que, nem sempre, as dificuldades e/ou as necessidades que os profissionais percecionam como prioritárias, correspondem àquelas que os utentes experienciam e com que se deparam no quotidiano. Uma vez que a educação para a gestão é focada nas preocupações e problemas das pessoas, deve ser efetuada uma auscultação detalhada acerca das necessidades de um determinado grupo de clientes (Lorig & Holman, 2003).

Identificar necessidades, especificamente fatores que interferem nos comportamentos de autocuidado permitirá delinear intervenções centradas na pessoa, potenciando a adesão ao regime terapêutico. Permitirá, também, comparar a perceção que os profissionais de saúde têm acerca do problema com as reais experiências das pessoas que são desafiadas a viver com diabetes e, assim, melhorar a relação terapêutica entre ambos (Uchenna *et al.*, 2010), com os benefícios que daí advêm.

Neste sentido, pareceu-nos importante contactar com as pessoas que têm diabetes, no sentido de as auscultar sobre a gestão que fazem da sua patologia bem como as expectativas que têm sobre a atuação dos enfermeiros. Concretamente na nossa investigação, este diagnóstico de situação permite-nos avançar para as fases seguintes com um conhecimento mais aprofundado da realidade. Como se percebe pelo posicionamento que adotamos, consideramos essencial, para efeitos da elaboração do “diagnóstico de situação”, relevar a leitura da realidade a partir do ponto de vista dos clientes e beneficiários dos programas de intervenção, o que justifica os objetivos a seguir elencados.

2.2 OBJETIVOS

Pretendemos com este estudo:

- Identificar, com as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, os fatores que condicionam os seus comportamentos de adesão e gestão do regime terapêutico;
- Conhecer as expectativas que as pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 têm relativamente ao apoio dos enfermeiros na gestão da sua doença.

2.3 MÉTODO

Desenvolvemos um estudo exploratório de índole qualitativo visto ser o que melhor responde aos objetivos delineados para esta fase da investigação. Privilegiamos um processo indutivo, característico deste tipo de metodologia, que usa como ponto de partida a leitura da realidade feita pelas pessoas portadoras de diabetes.

2.3.1 Participantes e amostra

Participaram 15 pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 que frequentavam a consulta de enfermagem, 8 do Centro de Saúde de Chaves 1 e 7 do Centro de Saúde de Murça. Estes 15 participantes podem ser entendidos como uma amostra de conveniência. A população elegível para o estudo correspondia a todos os utentes com consulta marcada para o dia em que a investigadora agendou a realização das entrevistas nas respetivas unidades de saúde. Sem um número previamente definido, considerou-se que a saturação teórica constituiria o aspeto orientador para delimitar a colheita de dados. Nas

amostras não probabilísticas, e de acordo com Fontanella e colaboradores, a opção de continuar ou não com novas observações e com o recrutamento de novos participantes pode ser influenciado pelo conhecimento e experiência do investigador na área de pesquisa que lhe permitirá aferir, desde logo, mesmo numa análise preliminar do material, se está perante a denominada saturação teórica (Fontanella, Luchesi, Saidel, Ricas, Turato & Melo, 2011). Após um processo de análise mais profundo é possível verificar a saturação teórica quando se constata que não há novos elementos que venham subsidiar a teorização desejada, isto é, quando deixam de surgir novos conceitos e categorias.

Como critérios de inclusão na nossa amostra, os participantes deveriam ter a doença confirmada há mais de um ano, capacidade para gerir o seu regime terapêutico autonomamente e competências comunicacionais (português como língua materna e apresentar um discurso lógico e coerente). No total foram contactados 18 elementos, sendo que 3 declinaram o convite, alegando indisponibilidade de tempo para a entrevista.

2.3.2 Recolha de dados

Para a consecução dos objetivos delineados para esta etapa recorreremos à entrevista individual de perfil exploratório e em profundidade. Este tipo de entrevista é uma das técnicas mais úteis e importante na compreensão do ser humano e usada nas investigações qualitativas (Fortin, Côté & Fillion, 2009). A pessoa entrevistada, o participante, é considerada a perita e o investigador questiona, de forma neutra, sem qualquer ideia preconcebida ou expressão de aprovação ou desaprovação face ao discurso do entrevistado, pois encontra-se movido pelo desejo de aceder à perspetiva individual da pessoa sobre determinado assunto, permitindo que esta fale sobre os seus sentimentos, opiniões e experiências (Mack *et al.*, 2005). Permite também que tenhamos acesso ao modo como a pessoa interpreta e ordena o mundo que a rodeia, o que por vezes, fruto de um discurso mais aprofundado, evidencia certas contradições (Mack *et al.*, 2005).

Atendendo aos nossos objetivos e à perspetiva paradigmática que nos conduziu, recorreremos a entrevistas semiestruturadas, enquanto estratégia de garantia de alguma orientação do processo de recolha de dados e de apoio à organização do discurso dos participantes. Todavia, o guião orientador elaborado foi suscetível de alteração na ordem, forma e, no limite, conteúdos das perguntas, em função do curso da interação com o participante (Anexo 5). Pretendemos assim, mais do que explicar, compreender o “ser

humano enquanto pessoa que constrói sentidos e significados a partir dos quais entende, interpreta e maneja a realidade” (Aires, 2011, p.29). Assemelhando-se a uma conversa informal, este tipo de entrevista pretende compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno vivido (Fortin *et al.*, 2009).

Estas entrevistas, para além de integrarem uma breve caracterização sociodemográfica (sexo e idade) e clínica (tempo de diagnóstico da diabetes), orientaram-se por um guião constituído por questões sobre: o regime terapêutico aconselhado pelos profissionais de saúde; o modo como a pessoa gere o regime no seu quotidiano; as dificuldades percebidas nas várias dimensões do regime; o suporte do enfermeiro na gestão da diabetes bem como as expectativas sobre o papel destes profissionais.

2.3.3 Procedimentos

Na preparação da entrevista alguns aspetos logísticos também mereceram a nossa atenção. Assim, estas decorreram num gabinete permitindo que a conversação ocorresse num clima calmo que garantisse a confidencialidade dos dados e privacidade.

Os utentes foram abordados inicialmente pelas enfermeiras da unidade no sentido de os apresentar à investigadora e, só após devidamente esclarecidos sobre os propósitos da entrevista, foram convidados a participar, fornecendo o seu consentimento informado. Foram também informados que uma possível recusa não teria qualquer consequência nos cuidados de saúde. Prevemos que, se em qualquer momento da entrevista fosse abordado algum assunto que pudesse gerar algum tipo de incómodo para o participante, a entrevista seria terminada e seriam dadas orientações no sentido de minimizar ou resolver a situação, assegurando assim o princípio da não maleficência (Streubert & Carpenter, 2013).

Ao longo da entrevista, face a questões dos utentes no sentido de validar conhecimentos ou mesmo opiniões acerca dos assuntos que estavam a ser abordados, orientamos essa discussão para o final da entrevista, de forma a interferir o menos possível no encadeamento das ideias e na fluência do discurso da pessoa entrevistada.

Cientes que na entrevista individual o anonimato é impossível devido à interação pessoal que decorre entre o entrevistador/entrevistado, foi solicitado aos participantes, assegurando desde logo a confidencialidade (respeitando o princípio de beneficência e justiça), que as entrevistas fossem gravadas em suporte áudio, tendo tido a anuência de todos os entrevistados. A duração média das entrevistas foi de 45 minutos.

As entrevistas foram transcritas para suporte de papel pela investigadora. No processo de transcrição tivemos o cuidado de permanecermos o mais fiel ao discurso verbal e não-verbal que foi emergindo. Para tal, foram apontados os aspetos paralinguísticos como os silêncios, risos e entoações de voz. De modo a tornar o texto mais legível foram eliminadas certas expressões e divagações, mantendo-se porém assinaladas no texto. Uma vez constituído o “corpus de análise”, numa fase inicial, sem definição de categorias *à priori*, procedemos a uma leitura integral de cada entrevista, passando de seguida a analisar uma frase ou parágrafo, no sentido de descobrir e de expor ideias e pensamentos e revelar conceitos, num processo a que Strauss e Corbin (2008) designam como codificação aberta. Estes conceitos, que não são mais do que fenómenos rotulados, foram agrupados em categorias e em subcategorias. Posteriormente, avançamos para a codificação axial, não com o propósito de continuar para a codificação seletiva, pois não pretendíamos gerar hipóteses que permitam representar uma estrutura teórica com novas explicações sobre a natureza dos fenómenos, mas somente compreender o relacionamento existente entre as categorias e subcategorias de acordo com as suas propriedades e dimensões (Strauss & Corbin, 2008). Interessa compreender que “há fatores múltiplos operando em várias combinações para criar um contexto (conjuntos de condições que se reúnem para produzir uma situação específica)” (p. 129), e que aumenta a probabilidade de que certos comportamentos ocorram em determinadas pessoas.

2.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma vez que não é nosso propósito quantificar os fenómenos observados, exemplificaremos somente com uma unidade de significação, as categorias e subcategorias encontradas, procedendo em simultâneo à discussão.

Das 15 pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, 10 elementos eram do sexo masculino e 5 eram do sexo feminino, com uma idade média de 70,8 anos (*Mn*-38; *Mx*-84). Em termos clínicos o diagnóstico da diabetes tinha variado entre 1 ano e mais de 20 anos (*Mn*-12 meses; *Mx*-29 anos).

Verificamos que todos foram aconselhados, no seu regime terapêutico, a ter cuidados alimentares e cuidados com o exercício físico e que 14 participantes faziam medicação específica para a diabetes (13 estavam medicados com antidiabéticos orais e 2 faziam simultaneamente injeções de insulina). Somente uma pessoa não fazia qualquer medicação específica para controlar a doença.

Relativamente às dificuldades sentidas nas diferentes componentes do regime terapêutico verificamos que, quando questionados diretamente sobre essas dificuldades havia uma tendência a responder prontamente que não tinham qualquer problema. No entanto, ao longo da entrevista apercebemo-nos que todas as pessoas foram referindo dificuldades em alguns dos domínios do autocuidado ou gestão do seu regime terapêutico.

Assim, iniciando com uma leitura flutuante seguida de uma mais complexa, surgiram categorias sobreponíveis às identificadas pela OMS, especificamente relacionadas com a doença e o tratamento, com fatores intrapessoais, interpessoais e ambientais (WHO, 2003). Estes fatores foram relacionados com comportamentos de adesão pela OMS (WHO, 2003). Por sua vez, Meleis e colaboradoras (2000) referem-se a um conjunto de condições internas e externas à pessoa (comunitárias e sociais), que podem constituir-se como facilitadoras ou inibidoras no processo e resultados de uma transição saudável. Porque existe um paralelismo entre eles, recorreremos a estes modelos para conferir uma organização teórica às nossas categorias.

Do discurso acerca das variáveis que interferem na gestão do regime terapêutico emergiram duas grandes dimensões gerais: (1) a dimensão relacionada com as *condições intrapessoais*; (2) a dimensão relacionada com as *condições externas à pessoa* (Figura 2).

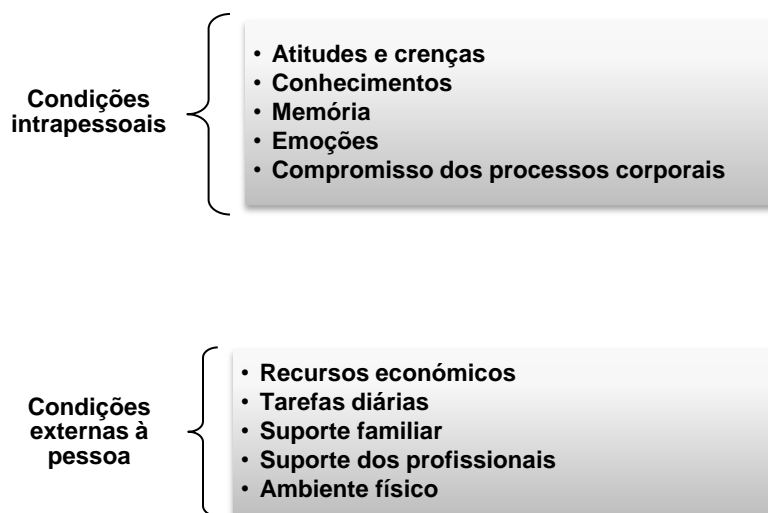


Figura 2 - Fatores facilitadores/inibidores na gestão do regime terapêutico: dimensões e categorias

Estas dimensões englobam um total de 10 categorias. A primeira dimensão está relacionada com os aspetos inerentes à pessoa e engloba aspetos cognitivos, emocionais e físicos e parece assumir uma grande influência nos comportamentos de gestão. A segunda dimensão, extrínseca à pessoa, reflete as interações que esta estabelece com o meio, com as pessoas da família e com a equipa de enfermagem. Integra também os recursos económicos e o ambiente físico, reportando-se às condições climáticas.

Procederemos mais detalhadamente à análise das categorias e subcategorias de forma a explicitar o modo como interferem na gestão diária da diabetes. Recorreremos à utilização da CIPE[®] versão 2 (ICN, 2011) pois, como estrutura conceptual, permite ajudar na clarificação de conceitos.

Atitudes e crenças

A atitude refere-se a modelos mentais e opiniões que a pessoa tem sobre determinado assunto (ICN, 2011). A crença está relacionada com a atitude que esta tem em relação a determinado aspeto, englobando as suas “opiniões, convicções e fé” (ICN, 2011, p.46). São portanto aspetos que vão interferir na motivação e no comportamento.

Nesta categoria surgem 4 subcategorias: o *Autocontrolo*; a *Autoeficácia*, as *Crenças de saúde* e a *Atitude face ao regime terapêutico* (dieta, atividade física, medicação e autovigilância). Embora estes conceitos estejam estritamente relacionados são analisados separadamente de modo a compreender melhor a sua influência.

Autocontrolo

Na CIPE[®] autocontrolo é descrito como as “disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” (ICN, 2011, p.41). Este implica uma escolha consciente sobre o próprio bem-estar (ICN, 2011, p. 80). A perceção de autocontrolo facilita a ação, pois quando se acredita que se consegue fazer algo, faz com que a pessoa se sinta mais implicada (Pereira & Almeida, 2004). Esta sensação de controlo está dependente da autoeficácia percecionada (ibidem).

Nesta subcategoria identificamos dois tipos de disposição referidos como prejudiciais ou facilitadores da gestão da doença, mais especificamente no regime alimentar. A mesma

pessoa, em alturas diferentes, experiencia uma ambiguidade de sentimentos que se traduz em expressões de *tentação e culpa*, mas também de *resistência e evitamento*.

A tentação e culpa ficam bem evidentes no excerto que a seguir se apresenta:

“Eu sei que eu não devia tocar, eu sei que não devia tocar, mas comi um bocadinho de salada de frutas!” E4

Emerge também, um misto de culpa e medo pelos comportamentos alimentares:

“Ontem abusei, comi um bocadinho de bolo que fiz com um chá (...) Eu notei logo! Fica uma pessoa desconsolada, está a comer a medo!” E6

Uchenna e colaboradores (2010) também referem esta associação entre a frustração devido à restrição alimentar, as tentações inevitáveis e o sentimento de impotência com a adesão ao regime terapêutico.

De uma forma oposta às anteriores, encontramos também alusão a estratégias de resistência e de evitamento para conseguir o controlo:

“Custa-me mas não como; às vezes apetecia-me um bolo de pastelaria, não como; chocolate não como, tinha sempre bolachas em casa, já não as compro... para não me tentar.” E6

Neste âmbito somos levados a dizer que os clientes, muitas vezes, vivem entre dois polos. Por um lado, o da “tentação e da culpa” e por outro, o do “evitamento e a perceção de (auto) controlo”.

A força de vontade ou volição refere-se à atitude, à escolha consciente, ao ato de escolher para o bem-estar próprio (ICN, 2011). Ter ou não força de vontade para iniciar um comportamento e para o manter, foi considerado por muitos participantes como um aspeto que pode dificultar ou facilitar a adesão ao regime:

“(...) E eu digo-lhe assim [a esposa referindo-se ao marido]: - Ó, António vai um bocadinho lá fora, dá uma volta!; e ele responde “Ah, depois eu fico cansado, canso-me logo!; - Mas andas um bocadinho e saís!;(...)Mas dás lá umas voltinhas e depois descansas, sentas-te lá um bocadinho e ao vires para casa já andas um bocadinho!; mas ele é muito teimoso! Tem muita preguiça de andar!” E12

As pessoas reconhecem que, por vezes, a pouca vontade em realizar atividades não prazerosas, aliada a alguma “preguiça”, os impede de seguir as orientações dos profissionais de saúde:

“Em termos de tratamento da diabetes muitas vezes sou ...! Porque por exemplo eu se não tiver que fazer nada, ao outro dia eu sou capaz de me levantar às 11 horas para não fazer a picada da manhã! (...) Eu sei que na cama não comi nada, estou na cama... e eles não devem estar alterados, porque não estão quando eu faço a picada ao meio-dia, não estão, e eu, bem, deixa-me estar, não faço a picada! E eu acho que isso é um bocado a preguiça e um bocado de desmazelo, não sei.... ” E11

A teoria de autodeterminação de Ryan e Deci (2000) refere que a motivação e a experiência são consideradas variáveis mediadoras dos comportamentos. Esta teoria defende que a motivação intrínseca está presente quando uma atividade é interessante e é efetuada com prazer, estando associada ao bem-estar psicológico, ao interesse, à alegria e à persistência.

“Disseram-me para não comer coisas “farinhadas”. Não me custa fazer isso, gosto muito de verdura.” E1

Na motivação extrínseca, por sua vez, a atividade não é interessante sendo efetuada com outro objetivo que não inerente ao próprio indivíduo e motivada por algo ou por alguém.

“Quer-se dizer, aconselharam-me [a caminhar] e tenho andado até faço o sacrifício e ando.” E14

Ainda, segundo esta teoria, a motivação externa pode ser internalizada passando a ser integrada (integração de valores, sem necessidade de contingências externas).

“Tive que fazer [grandes alterações na alimentação] Ao princípio sim [foi muito difícil. O marido chamava-lhe a atenção. Atualmente não tem dificuldades em seguir uma alimentação saudável].” E6

Considerando que o ideal seria que a pessoa agisse por via da motivação intrínseca mas sabendo que tal não ocorre frequentemente, o profissional de saúde pode utilizar estratégias persuasivas que ajudem a que o utente vá interiorizando os aspetos que vão sendo propostos e negociados.

Autoeficácia

A autoeficácia resulta das crenças que as pessoas têm acerca da sua capacidade para produzir determinados efeitos. Segundo Bandura (2008), a melhor forma de desenvolver

o senso de autoeficácia é experienciando o sucesso, isto é, através de experiências positivas, onde a pessoa percebe que consegue o que se propõe fazer. Estas experiências requerem, muitas vezes, competências técnicas necessárias à adoção de um determinado comportamento. No caso específico da diabetes a monitorização glicémica, bem como a administração de insulina, são competências que apelam não só a aspetos cognitivos (como por exemplo a interpretação de valores), mas também a habilidades motoras. A percepção de autoeficácia pode surgir associada a aspetos instrumentais do regime:

“Sim, já estou habituada [a dar insulina]. Tenho um filho comigo que no princípio era ele que me dava, que trabalhava com a caneta, que a mudava..., agora sou eu [porque desenvolveu habilidades que lhe permitiram efetuar a técnica sem ajuda do filho].” E1

Este constructo reúne consenso dos investigadores quanto à sua importante influência na gestão da doença crónica, sendo visto como um preditor dos comportamentos de gestão da diabetes (Tol *et al.*, 2012; Yoo *et al.*, 2011). Indivíduos com maior percepção de autoeficácia apresentam maior adesão ao tratamento (Yoo *et al.*, 2011).

“Eu era muito guloso... era o” rapa tachos” da marmelada, lá na casa dos meus pais. Eu controlo e sei aquilo que devo comer! Fujo das frutas muito doces. Em cima da minha mesa de trabalho tenho 4 livros de saúde e de vez em quando, quando preciso, vou lá ver... e controlo [a alimentação]. Sou cuidadoso!” E8

Assim, verificamos que quando as pessoas acreditam que são capazes de desempenhar com sucesso alguma tarefa, procuram estratégias que lhes facilitem esse comportamento. O treino e a repetição da tarefa com uma avaliação positiva do resultado parece funcionar como um mecanismo de retroação, que promove a percepção de autoeficácia.

Crenças de saúde

A investigação produzida tem alertado para a importância que as crenças têm no comportamento das pessoas, especificamente na forma como as pessoas reagem e lidam com determinada doença crónica (Broadbent *et al.*, 2006; Broadbent *et al.*, 2011).

No âmbito desta subcategoria surgiram vários aspetos nomeadamente o *controlo* da doença, as *consequências* e a *gravidade*.

Quando a pessoa acredita que o tratamento lhe trará benefícios, quando acredita que está mais suscetível a essa doença, quando a considera grave e com sérias consequências, quando tem uma atitude positiva em relação ao tratamento e apresenta mais conhecimentos acerca da patologia e da saúde em geral, está mais propensa a aderir aos conselhos dos profissionais de saúde. Pelo contrário, quando são experienciados efeitos secundários do tratamento e obstáculos à sua implementação, os comportamentos de adesão tendem a ser escassos (Gellad *et al.*, 2011; Levesque *et al.*, 2012).

A crença no *controle* refere-se ao quanto a pessoa acredita que pode controlar a sua doença, existindo alguma similitude entre este conceito e os conceitos de controle e de autoeficácia já referidos. Reporta-se ao nível de confiança que a pessoa tem em desempenhar com sucesso uma determinada tarefa (Broadbent *et al.*, 2006). Quando se experiencia uma sensação de pouco controle sobre a diabetes, mesmo seguindo as orientações dos profissionais, resulta num descrédito no tratamento:

“Faço insulina há muito tempo. [...] Já não há quase nada que eu não tivesse tomado. O médico [...] passou-me para a insulina e medicamentos para ver se conseguia controlar, mas... [não controla].” E4

Broadbent e colegas (2006) encontraram resultados interessantes acerca do impacto desta variável nos comportamentos de saúde. Verificaram que as pessoas que acreditavam mais na sua capacidade em controlar a doença obtinham melhor controle glicémico do que aquelas que acreditavam mais no controle do tratamento, isto é, que atribuíam o controle da doença a aspetos externos. O *locus* de controle é apontado como uma possível justificação para estes achados, considerando que o *locus* de controle interno pode constituir um benefício para a adoção de comportamentos de adesão, face ao *locus* de controle externo. Porém, acreditar no tratamento também é importante. Levesque e colegas (2012) verificaram que uma atitude negativa em relação à medicação estava relacionada com pouca adesão ao regime medicamentoso. Este descrédito muitas vezes é perpetuado por efeitos secundários que as pessoas atribuem à medicação:

“...Eu até já disse ao médico que não sei porque é que engordo. Deve ser dos medicamentos e da insulina, porque eu tomo muitos medicamentos!” E4

A ideia de que o controle da doença não depende do próprio comportamento individual é bem evidente nos excertos seguintes:

“Não [não tem a diabetes controlada]! Tenho impressão que os meus diabetes são ... assim um bocado nervosos! Quando andar assim mais excitado os “gajos” sobem. Quando ando assim mais calmo...” E15

“Também já conheci pessoas que faleceram e que eram diabéticos. Privavam-se de tudo, seguindo à risca... mas acho que essas pessoas morreram de fome, de fraqueza (risos)!” E15

Encontramos também pessoas que consideram ter a diabetes controlada, mesmo apresentado valores glicémicos muito superiores ao desejado:

“... Eu lá vou controlando [a diabetes] a duzentos, duzentos e pouco! Já são altos mas ... (...) A 100 ou a 90 não fico preocupada, mas quando eles me começam a baixar a 60, aí já me sinto mal!” E4

Esta noção de controlo parece-nos remeter para uma relativização da gravidade percebida onde valores acima do desejável podem ser encarados como aceitáveis por parte de pessoa. Esta ideia pode ser perpetuada principalmente se, perante valores mais baixos a pessoa experiencia sintomatologia desagradável. Manter valores glicémicos elevados pode mesmo constituir um meio de evitar episódios de hipoglicemias e portanto, considerado um meio de “controlar” a doença.

Quanto às crenças que os participantes têm acerca das *consequências* que a diabetes pode ter na sua saúde, verificamos que os discursos se posicionam entre crenças facilitadoras e dificultadoras. Alguns deles associavam o agravamento da sua condição de saúde à diabetes:

“Da vista, também foi da diabetes.” E1

Enquanto outros desvalorizavam a doença, não colocando sequer a hipótese de ser a diabetes a causa de alguns dos sinais e sintomas que, por vezes, experienciavam:

“Desmaiei uma vez e torno a culpa a essas tonturas à tensão baixa, ou à pneumonia, outras vezes, não sei o que será! Mas eu não sei se será reumatismo!” E2

A desvalorização da doença pode levar a pouco investimento no controlo e tratamento da mesma:

“Dizem para a gente comer pouco, (...) Mas a gente também, quer ver? Morre na mesma. Se for a fazer muitas vezes o que dizem, ainda morre mais depressa! (risos).” E13

Pourghazneina e colegas (2013) estudaram a influência das crenças na adesão ao regime medicamentoso em pessoas com diabetes tipo 2 e verificaram que a crença na suscetibilidade e na gravidade da doença estava relacionada positivamente com a adesão à medicação. Verificaram também, que apesar de 83,3% participantes encararem a diabetes como grave, somente 48,7% consideravam estar suscetíveis às suas complicações. As crenças sobre a *gravidade* da diabetes influenciam os comportamentos de autocuidado, sobretudo quando as pessoas percebem a doença como grave, com sérias consequências na sua saúde:

“O problema é a pessoa ficar cega. Tive um vizinho que lhe cortaram ambas as pernas.”
E3

Outras pessoas não valorizam a doença e, portanto, não lhe atribuem qualquer gravidade, levando-as inclusive a esquecer-se de tomar a medicação:

“ (...) A Senhora Dra. às vezes já me receitou mais e, esses [antidiabéticos] às vezes ainda me esquece! (...) Agora aqueles primeiros [para evitar trombozes] nunca me esqueceu, (...) Que eu a primeira vez fiquei preso de tudo, ficou-me a boca assim...” E13

Pereira e colaboradores alertam para os diferentes padrões de adesão face a diferentes medicamentos (Pereira, Pedras & Machado, 2013). A adesão tem em conta as crenças e os conhecimentos que a pessoa tem em relação à medicação, mas também em relação à patologia em causa. Os autores salientam que as crenças sobre a medicação podem ser moldadas de acordo com as experiências vividas, e daí a importância dos profissionais de saúde compreenderem as crenças ao longo do percurso do tratamento. Opinião semelhante é partilhada por McHorney e Gadkary (2010) que verificaram, que as pessoas exibiam comportamentos distintos face a diferentes medicamentos, de acordo com as crenças que tinham acerca dos riscos e benefícios de cada um deles.

A percepção de determinados sinais e sintomas também pode contribuir para a gravidade percebida e para a consciencialização.

“Eu noto quando eles estão baixos! Sinto-me fraca. No outro dia caí e eu julgo que foi da diabetes que estavam baixos.” E4

A presença de sintomatologia pode ajudar a pessoa a consciencializar-se que tem uma doença e a alterar as suas crenças. Estudos desenvolvidos no âmbito da hipertensão têm revelado que as pessoas utilizam os sintomas para tomar decisões acerca do comportamento a adotar (Gamez, Roales-Nieto & Sagarduy, 2006), como é o caso desta

utente, que adere a comportamentos de autovigilância porque experiencia sintomas que indicam uma possível situação de hipoglicemia:

“Não. Não me custa nada [fazer a pesquisa de glicemia capilar]. Eu noto que quando o açúcar está baixo! Aparecem-me assim umas coisas, tipo mosquitos na vista.” E4

No entanto, a sua ausência pode levar a negligenciar outros comportamentos, como a medicação:

“Não, não, não [não me esqueço da medicação]... o que é, é que às vezes sinto-me bem e digo: deixa-me não os tomar!” E5

Na teoria das transições de Meleis e colaboradores (2000) a consciencialização surge como uma propriedade importante à qual os enfermeiros deverão estar atentos. Considerando que a transição saúde/doença se reporta a um evento patológico que ocorre na vida de uma pessoa e que implica uma mudança na sua identidade, nos seus papéis e comportamentos, a consciencialização desse processo pode ou não ocorrer, isto é, a pessoa pode perceber ou não que está doente. Se a sintomatologia é intensa a pessoa consciencializa-se mais facilmente que está doente mas, se esta é quase inexistente, então pode acontecer que a pessoa não sinta que tem uma doença e, portanto, não adquire comportamentos para controlar essa patologia. Este último exemplo é característico da diabetes pois, pela sua pouca sintomatologia e evolução lenta, pode levar a que a pessoa não sinta que tem diabetes. Assim, rejeitando a ideia de estar doente, ela não experiencia um processo de transição, e como tal, consciente ou inconscientemente, não adota comportamentos de autocuidado.

Ter a consciência de que se tem diabetes nem sempre está presente no dia-a-dia dos nossos participantes, frequentemente devido à falta de sinais e sintomas:

“ Eu não [não sente que tem diabetes]! Como eu hei-de sentir (risos) se de facto eu tenho a diabetes? A senhora explique-me! E2

Esta fraca consciencialização da doença pode interferir com a adesão ao regime medicamentoso como expressa este participante:

“Agora aqueles primeiros [medicamentos para o AVC], nunca me esqueceu (...)” E13

No entanto, algumas atividades sociais parecem lembrar a condição de ter diabetes:

“Não, só me sinto [diabético] mas é quando...quando vou tomar o café. Vejo aquela malta a deitar o bocadinho de açúcar ao café e eu tomo sem açúcar.” E8

Atitudes face ao regime terapêutico

Nesta subcategoria descrevemos as atitudes que os participantes demonstraram face aos componentes do regime terapêutico aconselhado para o controlo da diabetes, nomeadamente a dieta, a medicação, o exercício físico e a autovigilância.

No discurso acerca do regime alimentar verifica-se que algumas das suas características relacionadas com a frequência das refeições, a qualidade dos alimentos e a quantidade ingerida, podem constituir um desafio para a pessoa.

A necessidade de comer frequentemente (*frequência*) torna-se por vezes difícil, pois, de acordo com os entrevistados, os afazeres diários e a falta de apetite contribuem para o esquecimento desta recomendação:

“No papel diz para eu comer seis vezes ao dia mas, se andar entretida, não tenho fome, não como!” E4

A distribuição de refeições ao longo do dia é importante no controlo da diabetes pois permite um equilíbrio glicémico e impede complicações agudas como situações de hipoglicemia ou hiperglicemia (APDP, 2009). Fatores do domínio das sensações interferem com a frequência das refeições. Com o avançar da idade aspetos fisiológicos relacionados com as alterações no paladar, diminuição na sensibilidade olfativa, problemas de dentição, secura da boca provocada pela medicação, lentificação na digestão, associados também a hábitos alimentares que privilegiam as três principais refeições, podem contribuir para a dificuldade em adotar uma dieta fracionada.

Um aspeto que emergiu do discurso está relacionado com a *qualidade* dos alimentos e com a sua confeção:

“Carne de vaca se comer um bocadinho é grelhada ou cozida porque estufados e fritos, não é que não aprecie, mas evito.” E4

A opção por determinados alimentos ou pratos que interfere na qualidade da alimentação encontra-se também condicionada a certas crenças bem como a aspetos relacionados com as sensações, nomeadamente com o apetite:

“Às vezes não como [sopa]. Não como porque também engorda muito!” E6

Verifica-se que algumas crenças dificultadoras ainda são referidas, o que corrobora as dificuldades expressas pelos profissionais de saúde em alterar as crenças dos seus utentes.

A força de vontade, bem como as estratégias que se utiliza para não ceder a tentações, têm igualmente uma influência marcada no comportamento alimentar adotado:

“Custa-me mas não como; às vezes apetecia-me um bolo de pastelaria, não como; chocolate não como, tinha sempre bolachas em casa, já não as compro... para não me tentar!” E6

Os escassos recursos económicos podem constituir uma barreira na escolha de produtos alimentares:

“O problema é que a gente aqui tem pouco...não tem que chegue! não posso fazer a dieta que quero, um bocado de dificuldades! Dificuldades económicas” (...) Às vezes faço umas batatinhas com espigos ou com grelos, ou com o que tenho...qualquer coisa! E9

Em geral, os participantes demonstram cuidado na seleção dos alimentos, evidenciando conhecimentos sobre os mais calóricos. A *quantidade* de alimentos, o não comer em demasia, diminuindo às doses habitualmente ingeridas, reflete-se como uma preocupação em alguns dos entrevistados.

“Não abusar na doçura, até na fruta (...) se a maçã for maior como metade” E1

Perante os discursos que suportam estas subcategorias emergiram fatores psicossociais que, associados de diferente forma, interferiram no regime alimentar. Assim, a sensação de fome, as crenças, os conhecimentos, o esquecimento, a força de vontade perante restrições, as atitudes e o apoio familiar apresentaram-se como facilitadores ou dificultadores da gestão da dieta. Uchenna e colegas (2010) também encontraram resultados sobreponíveis aos nossos pois verificaram que, aspetos como a dificuldade no acesso aos alimentos aconselhados, os sentimentos de frustração, de privação e de tentação devido à restrição alimentar e o apoio limitado do cônjuge constituíam obstáculos à adesão. Embora a dieta seja um importante aspeto no controlo da diabetes, estudos desenvolvidos pela *American Diabetes Association* e a *European Association for the Study of Diabetes*, vêm chamar a atenção para a necessidade de flexibilizar o regime alimentar, pois ainda se desconhece a dieta ideal. Embora permaneça claro que esta deve ser rica em proteínas e baixa em calorias, seguindo os princípios da dieta mediterrânica, a verdade é que o regime alimentar aconselhado para determinada pessoa deve ser aquele que ela vai conseguir fazer e manter ao longo da sua vida (Krebs & Parry-Strong, 2013).

O regime medicamentoso é também um componente do regime terapêutico de extrema importância na gestão da diabetes. A não adesão à medicação é um problema

amplamente discutido por investigadores, que referem que habitualmente os níveis de adesão são baixos (Gazmararian, Kripalani, Miller, Echt, Ren & Rask, 2006; Levesque *et al.*, 2012). Concretamente a população idosa tem sido alvo de estudos que apontam para que aspetos relacionados com o envelhecimento, como alterações na memória, visão diminuída e alguma perda de agilidade manual, que impede a abertura e manipulação dos fármacos, possam interferir na gestão da terapêutica medicamentosa (Gazmararian *et al.*, 2006). A frequência (*Frequência/horário*) e o número de medicamentos ingeridos diariamente (*polimedicção*) emergiram da análise das narrativas.

A necessidade de tomar frequentemente vários medicamentos ao longo do dia pode levar a confusões e esquecimento:

“Os remédios, tomo-os todos os dias, mas o que é não é aquela regra certa, às vezes tomo à hora certa outras vezes não (...) Às vezes também me esqueço, também já estou muito esquecida; mal de mim, a idade também já vai somando.” E10

A complexidade do regime medicamentoso, associado a “esquecimento” e à existência de atividades quotidianas concorrentes constitui um dos principais obstáculos à gestão do regime terapêutico (Brides, Rapadas, Sabella, Sanchez, TheShorette & Tan II, 2012).

Verifica-se, na gestão medicamentosa, que os participantes mostram alguma flexibilidade em relação ao horário da medicação, e até mesmo algum descuido. A alteração do horário pode constituir um risco para a pessoa, especialmente no caso da utilização de hipoglicemiantes como a insulina, ou mesmo alguns antidiabéticos orais. Explicar à pessoa a necessidade de tomar determinado medicamento em determinado horário, pode ajudá-la a entender e a integrar determinadas rotinas, de forma a gerir mais eficazmente o regime medicamentoso.

Por sua vez, a complexidade do regime associado à *polimedicção* surge como outra das áreas que emerge das entrevistas. De uma forma mais simplista, esta refere-se ao uso de vários medicamentos em simultâneo (Williams, 2002), embora alguns autores acrescentem à definição o excesso de uso de medicamentos considerados não necessários, ou a utilização de cinco ou mais fármacos (Frazier, 2005, cit. por Santis, 2009). A complexidade do regime torna a sua gestão mais difícil:

“Eu tomo vários comprimidos, é para o coração, é para os diabetes, é para vários mesmo... eu até me parece que são muitos! (...) Eu tomo 3 ou 4 qualidades de comprimidos para o coração, mas cada um é de nome diferente! E eu penso “Porque é que, se são todos para a mesma doença, eu não tomo só um?” E2

Um estudo efetuado em Portugal por Santos e colaboradores (2009) verificou que os idosos tomavam, em média, 4,9 fármacos diários e que a maioria da amostra ultrapassava os 5 medicamentos. Um outro estudo desenvolvido por Santis (2009) também encontrou uma elevada prevalência da utilização de polimedicação (90,5%) por parte da nossa população idosa.

Chapman e colegas verificaram que a adesão à medicação diminuía nos idosos que tomavam mais medicamentos (decrecendo consideravelmente a partir dos 6 fármacos) (Chapman, Petrilla, Benner, Schwartz & Tang, 2008). No entanto Gazmararian e colegas (2006) tinham verificado que a probabilidade de adesão ao regime medicamentoso aumentava nas pessoas que tomavam mais medicamentos. Os autores sugeriam que as pessoas que tinham um regime medicamentoso mais complexo estavam mais focadas e atentas à sua saúde podendo também existir mais recursos disponíveis de modo a facilitar a gestão de vários medicamentos em simultâneo.

Tomar vários medicamentos para diferentes patologias complexifica o regime. Frequentemente as pessoas não sabem o nome dos fármacos identificando-os somente através das suas cores e formas.

“(...) E de manhã também tomo assim um branquinho para a tensão.” E5

Por vezes a falta de organização também é frequente, pois as pessoas colocam os medicamentos todos juntos em sacos, não retirando os que já foram suspensos ou os que passaram de prazo de validade. Assim a confusão é facilitada, correndo o risco de se enganarem no medicamento. Woodruff (2010) alerta ainda que o problema aumenta quando estes fármacos são prescritos por diferentes médicos. O facto dos diferentes profissionais não conhecerem toda a medicação que o utente faz, potencia ainda mais as possíveis interações medicamentosas. Perante muitos medicamentos, pode ser difícil para a pessoa enumerá-los perante os profissionais de saúde, principalmente em pessoas com baixa literacia ou com algum comprometimento das funções cognitivas.

Verificamos, no presente estudo, que a gestão da medicação é influenciada por variáveis psicossociais como: a autoeficácia, a memória, as crenças no controlo da doença e o suporte familiar. Se a pessoa não acredita no tratamento, não lhe atribuindo grande importância, esquece-se mais facilmente de seguir a terapêutica indicada. O apoio familiar revelou-se importante em tarefas do domínio instrumental, especificamente na administração de insulina, permitindo que a pessoa desenvolva habilidades para gerir a sua medicação.

Em relação ao exercício físico, a evidência científica tem demonstrado que a prática regular de exercício contribui para o bem-estar e qualidade de vida, comportando benefícios a nível físico, psicológico e social, em adultos de todas as idades (Fuller, Williams & Byles, 2010). Especificamente na diabetes, as suas vantagens são inúmeras, pois promove o controlo glicémico, o controlo do peso, diminui a gordura visceral, distribui a gordura no organismo e aumenta a massa muscular (APDP, 2009).

Um aspeto que importa refletir é o conceito de atividade física e o conceito de exercício físico. De acordo com a OMS, atividade física resulta de qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que requer um determinado gasto energético, e que está habitualmente associado às atividades do dia-a-dia da pessoa (como ir às compras, lavar os dentes, cozinhar, ir trabalhar, atividades recreativas, entre outras). O exercício, embora sendo uma subcategoria da atividade física, é planeado, estruturado e repetitivo, tendo em vista objetivos mais ou menos específicos, como melhorar a aptidão física e manter a saúde (WHO, 2010).

Nos discursos analisados, notamos uma ausência de planos de exercício estruturados e sistemáticos, sendo frequentemente associados às atividades de vida diária e, portanto, dependente dos afazeres e do tipo de vida mais ou menos sedentário que as pessoas possam ter.

“Sim [o médico aconselhou-o a andar a pé]. Isso, todos os médicos dizem que a gente deve andar...eu lá vou dando as minhas curvas (...).” E2

“[Aconselharam [a andar]. Andar eu lá ando de um lado para o outro; e trabalho no meu serviço. Tenho um cavalito e vou prende-lo e às vezes até corro com ele. (...) eu tomo conta das galinhas e ovelhas (...) e ando de um lado para o outro.” E3

A este propósito, Fuller e colegas (2010) verificaram, no seu estudo, que os participantes não sabiam quais os níveis adequados de atividade física e a intensidade de exercício adaptado à sua idade e condição de saúde e, embora fossem sujeitos a programas de sensibilização para a prática de exercício, a verdade é que estas recomendações dificilmente se traduziam em ajuda prática.

“Aconselharam [a andar a pé]. Eu vou andando sempre, mas a coluna atrapalha-me muito! Apanha-me os ombros... por causa da artrose!” E1

No presente estudo constata-se que os profissionais orientam as pessoas para fazer caminhadas no sentido de as tornar mais ativas, mas não fica claro se existiram orientações explícitas acerca do tipo de atividade, duração, frequência ou intensidade,

mais propícia à sua situação. A este respeito, a OMS refere que qualquer tipo de atividade em pessoas adultas inativas ou com algumas limitações devido a doenças, trará benefícios para a saúde, sugerindo que esta possa fazer parte das atividades diárias (WHO, 2011).

Ajudar a pessoa a refletir sobre as suas ocupações do dia-a-dia, no sentido de encontrar espaços onde possa aumentar os níveis de exercício, conferindo-lhe regularidade e intensidade adequada à sua condição, poderá ser uma estratégia trabalhada em conjunto com os enfermeiros. Aliás, se essa prática for associada a tarefas prazerosas, a garantia de sucesso na implementação deste comportamento será ainda maior.

“Eu tenho uma imagem de uma santinha, da Senhora de Fátima; é um quilómetro mais ou menos da minha casa e vou lá, não vou a correr porque não posso, mas vou a andar sempre certinha! Vou, fico lá um bocadinho e faço as minhas orações... Às vezes as pessoas até me dizem: “E tu vais por aí, por a estrada, com tanto trânsito?”(...) E eu ando mais ou menos um quilómetro por dia. E desço e subo as escadas aí umas 50 vezes ao dia, nem tem conta!” E4

Quando o exercício não é programado, torna-se difícil operacionalizar a sua frequência e intensidade, principalmente se decorre das atividades diárias. Se nos apropriarmos mais rigorosamente dos conceitos, verificamos que a maior parte das pessoas referiram-se à prática de atividade e não ao exercício físico.

“Tenho um cavalito e vou prendê-lo e às vezes até corro com ele. Tenho também uns amigos que estão em Lisboa e eu tomo conta das galinhas e ovelhas deles e ando de um lado para o outro ... e a ando a mexer na terra, na construção ... ando sempre a mexer.” E3

É de realçar que, aspetos no domínio das sensações como a dor e o mal-estar e a existência de comorbilidades interferem significativamente na atividade física:

“ (...) Eu lá vou dando as minhas curvas! Mas digo-lhe francamente, quando vou começar a andar parece que ando mais ou menos, mas depois, quando ando um bocado, parece que ainda fico mais cansado e a doer-me as pernas!” E2

Verificamos que a caminhada, tal como se afirmou anteriormente, é a modalidade (tipo de atividade) mais aconselhada pelos técnicos de saúde. Esta é habitualmente recomendada em pessoas mais sedentárias, e caminhar muito tempo só é desaconselhado se houver neuropatia periférica e autónoma (APDP, 2009).

“Aconselharam [a andar a pé]! Eu vou andando sempre, mas a coluna atrapalha-me muito! Apanha-me os ombros... por causa da artrose! E1

Também as condições climáticas desfavoráveis bem como a presença de outras comorbilidades, podem limitar a sua prática:

“Tenho dificuldade em andar. Já fiz quatro operações, duas à coluna por causa de uma hérnia, e nunca fiquei bem e agora também tem estado frio, não é? (...) Ainda no mês passado conseguia baixar-me e fazer alguma coisa mas agora já não consigo! E tinha lá muito que fazer [na agricultura] ... se pudesse!” E7

O exercício surge como um aspeto do regime onde as pessoas evidenciam dificuldades. Embora a sua baixa prática seja frequentemente associada a atitudes displicentes por parte dos clientes, Brides e colaboradores (2012) alertam para o facto que por vezes a não adesão poderá estar relacionada com receio de que, perante lesões que possam ocorrer, estas sofram um atraso na sua cicatrização visto este ser um aspeto que é inerente à fisiopatologia da diabetes. Apesar de não estar evidenciada esta preocupação no discurso dos nossos participantes, analisar o risco *versus* benefício da prática de exercício pode ser um aspeto importante a ser discutido entre os profissionais de saúde e os clientes até porque, frequentemente, o seu início pode ser acompanhado por uma sensação de cansaço e até dores musculares, não trazendo imediatamente uma sensação de bem-estar físico. Antecipar os obstáculos e limitações, identificar as crenças, o nível de motivação e confiança, bem como os fatores potenciadores, permitirá que o profissional e a pessoa possam estabelecer um plano de exercícios adequado e exequível. A este propósito, Fuller e colaboradores (2010) verificaram que, embora os participantes identificassem a deterioração das funções físicas e a diminuição das redes sociais como barreiras impeditivas a uma atividade física regular, a verdade é que também demonstraram a falta de vontade de se envolver em, ou assumir o controlo da gestão da sua saúde. Os relatos apontam para a existência de fenómenos no domínio dos processos corporais (dor, limitações no movimento, comorbilidades) que dificultam a integração do exercício físico na gestão do regime terapêutico. No entanto, inferimos também que a atividade física mais intensa surge diretamente associada às ocupações diárias, não sendo evidente a procura propositada desta atividade com o objetivo de controlar a diabetes ou melhorar a saúde.

Outro aspeto importante na gestão do regime terapêutico prende-se com a autovigilância. Como autovigilância referimo-nos, neste contexto específico, à monitorização do açúcar no sangue realizada pela própria pessoa. De acordo com as orientações da International Diabetes Federation (2012), a monitorização da glicemia capilar só deve acontecer na

pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 quando esta se encontra preparada e motivada para aprender e desenvolver habilidades, compreender e registar os valores encontrados e agir de acordo com os resultados desses mesmos valores. Embora não haja evidência científica da eficácia clínica deste autocuidado, pois muitos dos estudos revelam limitações, é consensual considerá-lo como importante, especialmente quando se recorre à utilização de insulina. No entanto, a monitorização glicémica pode ser aconselhada em utentes medicados com antidiabéticos orais, para identificar situações de hipoglicemia, avaliar flutuações da glicose quando se procede à alteração da medicação ou alteração dos estilos de vida, ou até no caso de uma doença intercorrente (ibidem).

Verificamos, no nosso estudo, que os profissionais de saúde aconselharam as pessoas a efetuarem o seu controlo glicémico, dando informações sobre a melhor altura do dia para o fazerem:

“Vou começar [a fazer a pesquisa], levo agora a máquina. Aconselharam-me a fazer duas vezes: um dia em jejum e depois de ter comido.” E3

No entanto, já verificamos que perante instruções pouco precisas, as pessoas tendem a abandonar a monitorização, e que se o comportamento a adotar requer um esforço, ou é incomodativo, então a pessoa tende a evitá-lo. Também ficou evidente que os aspetos económicos interferem nos cuidados com a autovigilância, assim como a dificuldade em efetuar a pesquisa, devido a aspetos cognitivos ou instrumentais, ou também a alterações percetivas relacionadas com a visão:

“Deram-me uma máquina para picar o dedo, mas deixei de picar há muito tempo porque já não vejo bem para meter a fita e para picar em condições.” E7

Constata-se então que a existência de alterações percetivas (especialmente visuais) e motoras, emoções negativas como o medo associado à dor, informações pouco precisas e restrições de índole económica interferem neste autocuidado.

Esta categoria remete-nos para a importância de indagar, junto do cliente, o modo como perspetiva a doença na sua vida, a sua atitude perante o tratamento aconselhado, bem como as competências pessoais que julga ter para o levar avante. Mais do que a opinião do profissional de saúde sobre a patologia e o grau de complexidade do regime, é a atitude que a pessoa tem que poderá potenciar uma gestão mais ou menos eficaz. Por exemplo, a opinião que a pessoa tem acerca do regime medicamentoso prescrito vai influenciar se ela adere ou não à medicação (Levesque *et al.*, 2012; Peyrot, Barnett, Meneghini & Schumm-Draeger, 2012). Habitualmente, um comportamento saudável

surge quando há uma atitude positiva ou facilitadora face ao comportamento que se tem que mudar, quando não exige grande esforço por parte da pessoa ou quando já se integrou na rotina diária, como verificamos neste exemplo:

“Ui, já é há muitos anos e portanto já não faço esforço para fazer a dieta.” E8

Mas por vezes o comportamento a mudar é acompanhado por uma atitude dificultadora, de restrição, exigindo um esforço adicional. Nestes casos, o tom do discurso demonstrava alguma insatisfação face à necessidade de alterar hábitos:

“Não posso comer nada de sal, não posso beber, a “frutazita” ainda era boa, mas também [agora quase só] maçãs! (...) Também tudo faz mal! Uma pessoa quando tem diabetes tudo faz mal! Não é verdade?” E9

Conhecimento

O conceito de conhecimento é, segundo a CIPE[®] versão 2, o “conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.” (ICN, 2011, p. 45).

Esta é uma variável considerada fulcral para que a pessoa possa tomar decisões e gerir o seu estado de saúde (Al-Qazaz *et al.*, 2010; DGS, 2007; Hu *et al.*, 2012; Moodley & Rambiritch, 2007; OMS, 2005), sendo uma razão para a ação (comportamento) de extrema relevância.

Os aspetos cognitivos como a literacia, a informação sobre o regime terapêutico e o conhecimento que resulta da experiência de vida são frequentemente referidos pela maioria dos participantes como influenciadores na adesão e gestão da diabetes.

A literacia em saúde refere-se à capacidade que as pessoas têm em obter, processar e compreender as informações relacionadas com a saúde e serviços disponíveis, necessárias para uma tomada de decisão adequada (Department of Health and Human Services, 2010). Esta depende tanto de fatores individuais como fatores sociais, habilidades e competências. São mediadas pela sua educação, cultura e linguagem (Institute of Medicine, 2004).

As capacidades de ler e de compreender as indicações que contribuem para gerir a doença apresentaram-se como aspetos que promovem ou impedem alguns comportamentos de gestão, como se espelha no discurso de alguns participantes:

“ (...) Sei aquilo que devo comer! Fujo das frutas muito doces. Em cima da minha mesa de trabalho tenho quatro livros de saúde e de vez em quando, quando preciso, vou lá ver (...). Sou cuidadoso!” E8

A baixa literacia, associada a um défice de conhecimentos acerca do próprio regime terapêutico, provoca uma baixa perceção de autoeficácia que se repercute nos cuidados com a doença (Yoo *et al.*, 2011; Voncella, 2011). No nosso estudo verificou-se também algumas situações, sobretudo na medicação, em que as pessoas seguem o regime aconselhado mas sem saber o que tomam e qual a sua indicação:

“[Refere a esposa] - Ele toma muitos, eu não sei quantos comprimidos, eu não sei quantos tomou! Ele é, desde que se deita, até que se põe a pé! É sempre, sempre! Começa logo de manhã, e até quando se vai deitar ainda toma metade de um.” E12

Gazmararian e colegas (2006) verificaram que as pessoas que tinham baixa literacia em saúde exibiam uma adesão mais pobre do que as que tinham elevadas competências nesta área. Aliás muitas pessoas consideradas literadas parecem não conseguir compreender o que leem (Centers for Disease Control and Prevention, 2009). Assim é importante que os profissionais analisem o nível de literacia da pessoa, certificando-se que, para além das capacidades de leitura, escrita, comunicação verbal, raciocínio matemático e escuta, a pessoa tem competências para as mobilizar de forma a gerir as situações do dia-a-dia (Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

A aprendizagem resultante do conhecimento experiencial, isto é, da vivência com a doença, influencia a forma como a pessoa gere a sua diabetes. Sobretudo a nível do regime alimentar, verifica-se que as pessoas vão estando atentas ao modo como os seus hábitos se repercutem no controlo da doença:

“(...) Não tem comparação! Se eu comer um bife ou qualquer coisa com saladita e não comer a sobremesa, claro, sem os açúcares, só tomar o cafezinho com adoçante, e ao meio da tarde só comer um iogurte ou dois e uma peça de fruta, à noite está espetacular! Quase não precisava de insulina...” E11

Este tipo de afirmação encerra grande potencial terapêutico, na medida em que nos remete para a possibilidade de modificar as atitudes dos clientes face ao seu regime terapêutico por via daquilo que vão experienciando e “aprendendo”. Aprender com os amigos, com os vizinhos, com outros doentes e ver o que lhes acontece, também interfere com o autocuidado e com as crenças que as pessoas têm desta patologia:

“O problema [as complicações] é a pessoa ficar cega. Tive um vizinho que lhe cortaram ambas as pernas.” E3

Partilhar experiências com os outros facilita um sentimento de força e controlo nas suas vidas (Yoo *et al.*, 2011). Aliás, explorar as capacidades e experiências que as pessoas vivem parece ser uma ótima abordagem à pessoa com diabetes, segundo as teorias existentes no âmbito da educação de adultos (Anderson & Funnell, 2005). De acordo com Anderson e Funnell (2005), esta técnica centrada na resolução de problemas, permite que o profissional ajude a pessoa a reconhecer que é ela quem detém a solução para os seus problemas. Referem, ainda, que ajudar a pessoa a refletir sobre a sua experiência é a melhor forma de promover o *empowerment*. A reflexão sobre os fracassos e insucessos, mas também sobre os êxitos e os ganhos, pode constituir um ponto de viragem, mudanças de atitude e de comportamentos. Ora, este aspeto abre-nos horizontes muito válidos ao pensarmos na construção de programas de intervenção.

A qualidade da *informação fornecida pelos profissionais de saúde*, a forma como é efetuada, bem como o contexto onde é realizada, são decisivos para que a pessoa possa compreender e aplicar essa informação na gestão da sua saúde. A este propósito a DGS (2007) refere que a educação terapêutica é um instrumento fundamental na abordagem à pessoa com diabetes, no sentido de a tornar autónoma na gestão diária da sua doença.

Os conhecimentos que foram adquiridos através da informação fornecida pelos profissionais de saúde são referidos por quase todos os entrevistados, verificando-se que esta informação incide sobre todas as componentes do regime terapêutico.

Relativamente à automonitorização, os profissionais aconselham sobre a sua frequência e ensinam a interpretar os resultados bem como o procedimento a ter no caso de hipoglicemia:

“Hoje de manhã em jejum estavam a 280, estavam muito altos!” E3

Verificou-se, no entanto, que orientações pouco precisas, podem confundir a pessoa levando-a a abandonar certos cuidados:

“O senhor doutor disse para medir duas vezes ao dia, mas como à noite não me marcou a hora eu não sabia se era antes ou depois de jantar ou antes de me deitar e então só fazia de manhã, em jejum.” E7

Percebe-se que o regime alimentar é uma temática privilegiada pelos profissionais de saúde com indicações relativamente à sua composição, frequência e alimentos a evitar:

“Disseram-me para não comer coisas “farinhadas (...) Não abusar na doçura, até na fruta” E1; “Nada de tocar em carnes vermelhas ou gordas.” E3

“Devo comer várias vezes.” E4

Essa informação por vezes também foi facultada de forma escrita, em estilo memorando, para que a pessoa não se esquecesse:

“... Eu tinha lá um papel em casa com aquilo que devo comer.” E4

A utilização de informação escrita pode ser uma estratégia para melhorar a compreensão e a memorização da informação privilegiada pelos profissionais de saúde. No entanto, esta deve ser adequada e diretamente dirigida às necessidades específicas da pessoa (Hu *et al.*, 2012; Levesque *et al.*, 2012; Ngoh, 2009). Concretamente na nossa amostra, este tipo de estratégia não foi muito valorizado.

Os cuidados com a atividade física também mereceram uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, segundo todos os entrevistados. Porém não está explícito no discurso dos participantes se essas informações tiveram em consideração a condição da pessoa. Pelo contrário, pareceu-nos que esse aconselhamento era muito vago e portanto não planeado concretamente para a situação e limitações do utente.

Memória

O esquecimento fez parte de muitos dos relatos das pessoas entrevistadas, repercutindo-se, tanto a nível da gestão medicamentosa, como da dieta. A causa desse esquecimento frequentemente é atribuída à idade, aos afazeres diários e ao nervosismo:

“...Insulina, tomo 24 unidades de manhã; agora hoje ainda não tomei porque me esqueci, tomei o pequeno-almoço e esqueci-me.” E4

“... Às vezes esqueço-me [de tomar a medicação] com os nervos que eu tenho, porque eu sou muito nervoso!” E5

Entretanto também se verificou que a utilização de estratégias, como por exemplo um documento escrito, pode combater o esquecimento e facilitar a adesão:

“Os remédios, tomo-os todos os dias, mas o que é não é aquela regra certa, às vezes tomo à hora certa outras vezes não (...) Às vezes também me esqueço, também já estou

muito esquecida; mal de mim, a idade também já vai somando! (...) Eu fiz uma listazinha para tomar mais ou menos a essa hora.” E10

Insel e colegas alertam para a relação existente entre a função cognitiva e a adesão ao regime medicamentoso pois, no seu estudo, encontraram correlação direta entre estas variáveis (Insel, Morrow, Brewer & Figueredo, 2006). Especificamente na diabetes, Lopes e colaboradores apontam que o declínio em certos domínios cognitivos (atenção, memória, funções executivas, entre outras) pode ocorrer devido a vários mecanismos, um deles relacionado com o metabolismo da glicose no cérebro, e agravado perante valores elevados de glicemia (Lopes, Nascimento, Esteves, Iatchac & Argimon, 2011). Estes investigadores verificaram um deterioramento cognitivo em pessoas com diabetes tipo 2, face aos participantes não diabéticos que integravam o grupo de controlo. O declínio cognitivo devido a complicações microvasculares da diabetes tem merecido a atenção por parte dos investigadores, verificando-se que este aumenta com a duração da doença. Miguel e colegas verificaram esta associação, encontrando maiores dificuldades cognitivas em pessoas com retinopatia diabética e com antecedentes de AVC (Miguel, Dias, Coelho, Severino, Roque & Esteves, 2012). No entanto, Lopes e colaboradores (2011) enfatizam que a função cerebral poderá ser mantida, caso a diabetes seja bem controlada.

Emoções

As pessoas com diabetes têm maior probabilidade de sofrer duas vezes mais de ansiedade e depressão do que a população em geral (Nichols, Barton, Glazner & McCollum, 2007). Considerando a emoção como sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não e que podem aumentar com o stresse ou com a doença (ICN, 2011, p. 52), facilmente se compreende que a diabetes, pelo grau de exigência na gestão do seu regime terapêutico, possa contribuir para o aparecimento de emoções negativas e perturbações do humor. Um estudo desenvolvido por Khuwaja, Lalani, Dhanani, Azam, Rafique e White (2010) encontrou níveis elevados de ansiedade (58%) e depressão (44%) em pessoas com diabetes tipo 2. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores, quando verificaram a existência de altos níveis de sintomas depressivos em diabéticos tipo 2 (Bouwman, Adriaanse, Riet, Snoek, Dekker & Nijpels, 2010; Lopes *et al.*, 2011).

A morbilidade psicológica pode interferir nos comportamentos de autocuidado pois limita a capacidade de lidar com o stresse diário e resolver problemas (Amaral, 2012; WHO,

2003). Numa investigação desenvolvida em pessoas com diabetes verificamos que maiores níveis de ansiedade e depressão estavam relacionados com menor adesão ao exercício físico e que, quanto maior a depressão, menor a adesão à medicação. Constatamos também que níveis mais elevados de depressão também se encontravam associados a valores mais elevados de HbA1c, evidenciando pior controlo metabólico (Sousa, 2003). Amaral (2012), alertando para o investimento em estudos que se debruçam sobre o papel dos indicadores hormonais do stresse psicossocial e da sua ligação à doença crónica, explica que, na diabetes, a produção de catecolaminas e corticosteroides associadas ao stresse, aumenta os níveis glicémicos.

“(...) Tenho impressão que os meus diabetes são ... assim um bocado nervosos! Quando andar assim mais excitado os “gajos” sobem! Quando ando assim mais calmo... [estão mais controlados]!” E15

Por outro lado, a confrontação com os valores de açúcar no sangue foi identificada como obstáculo à realização da pesquisa glicémica, sobretudo quando eles estão elevados:

“... Se vejo os valores altos na minha máquina fico nervoso!” E5

O próprio medo em efetuar a picada no dedo, por vezes negligenciado pelos profissionais de saúde pois consideram-no inapropriado, pode ser impeditivo à sua realização, especialmente quando existem experiências anteriores negativas:

“Tenho um bocadinho de horror às picadas por causa da quimioterapia que fiz.” E10

Estudos efetuados em pessoas com diabetes tipo 1 demonstraram que este problema tinha consequências no controlo da doença (Zambanini & Feher, 1997). Embora estes estudos não sejam recentes, Brown (2004) vem alertar para este problema, evidenciando que esta realidade persiste. Aliás, o discurso deste participante vem testemunhar esta assunção:

“(...) sou capaz de me levantar às 11 horas para não fazer a picada da manhã! [...]. O maior trauma que tenho é a picadela!” E10

Compromisso dos processos corporais

Nesta categoria encontramos a influência das sensações (dores músculo-esqueléticas e falta de apetite), as limitações na mobilização e as alterações percetivas (pouca acuidade

visual) como fatores que dificultam, ou até impedem, a adoção de comportamentos de autocuidado, principalmente ao nível da atividade física e do controlo glicémico:

“(...) a coluna aqui é que não me deixa caminhar assim muito, porque tenho que me encostar a qualquer coisa, quando ando um bocado.” E14

“Há uma coisa que eu não faço, e que toda a gente diz que devia fazer! Em vez de fazer três refeições, fazer por exemplo seis, comer mais vezes. Mas eu, como diabético, nem tenho fome, nem tenho sede”! E15

A pouca acuidade visual pode revelar-se uma barreira nas atividades de autovigilância:

“A senhora doutora e a senhora enfermeira deram-me uma máquina para picar o dedo, mas deixei de picar há muito tempo porque já não vejo bem para meter a fita e para picar em condições.” E7

A coexistência de outras patologias revelou-se um problema, principalmente na prática de exercício. A doença cardíaca, os problemas músculo-esqueléticos e anemia são mencionados por alguns participantes:

“Eu ando pouco. Ando pouco, porque eu depois cansa-me o coração e depois sabe, tenho que por isto à boca [nitromint]...” E12

No entanto, a presença de outras doenças não só interferem com a adesão a determinados comportamentos pelas limitações que acarretam mas também porque remetem, em termos de valorização, a diabetes para um segundo plano. As doenças cardiovasculares, porque são vulgarmente consideradas como uma ameaça à vida, apresentando sintomatologia e sinais mais evidentes, assumem a principal preocupação de saúde no dia-a-dia das pessoas.

A existência de comorbilidades, tão vulgarmente encontradas nestas idades, assume-se como um aspeto limitador à prática de atividade pois comportam algumas incapacidades físicas (O'Shea, Taylor & Paratz, 2007; Santos *et al.*, 2009). A dificuldade em praticar atividade física pode ser também devido a problemas músculo-esqueléticos que estão relacionados com a diabetes mellitus, especialmente quando esta já se encontra instalada há muito tempo (Miguel, Dias & Roque., 2012).

Uma outra dimensão que surgiu e que intitulamos como *condições externas à pessoa* integra as categorias relacionadas com os *Recursos económicos*, *Tarefas diárias*, *Suporte familiar*, *Suporte dos enfermeiros* e *Ambiente físico*.

Recursos económicos

As contingências económicas foram, por vezes indiretamente, referidas como influenciando a monitorização glicémica e a opção por uma alimentação mais variada:

“Dizem-me para fazer todos os dias, mas eu só faço de 8 em 8 dias [a pesquisa]! Talvez porque gaste muitas fitas! (risos)” E2

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) alerta para a importância que os recursos económicos têm na saúde das pessoas. Especificamente na doença crónica, alguns aspetos potenciam e agravam este problema, principalmente quando nos encontramos perante uma população com idade mais avançada, com várias patologias associadas e com baixo poder socioeconómico. O estudo desenvolvido por Bastos (2012) evidenciou que a pobreza se apresentava como um importante fator de vulnerabilidade, com repercussões negativas na autogestão da doença crónica. Levesque e colaboradores (2012) verificaram que o custo da medicação constituía uma barreira na adesão ao regime medicamentoso. De facto, embora alguma medicação possa ser adquirida a custos mais reduzidos, a verdade é que a polimedicação e as reformas reduzidas levam, em grande parte, os poucos recursos que as pessoas têm. Aqui os enfermeiros poderão mobilizar os conhecimentos que possuem das famílias e do seu ambiente socioeconómico, no sentido de adequar o regime terapêutico às condições reais das pessoas.

Tarefas diárias

As atividades diárias que as pessoas têm e que priorizam, afetam a gestão da diabetes. Algumas podem ser favorecedoras de comportamentos de adesão, pois as pessoas aproveitam o que têm que fazer, para realizarem de uma forma mais saudável:

“Eu tenho uma imagem de uma santinha, da Senhora de Fátima; é um quilómetro mais ou menos da minha casa e vou lá, não vou a correr porque não posso, mas vou a andar sempre certinha.” E4

No entanto, outras podem constituir obstáculos à adoção de vários aspetos relacionados com o regime terapêutico aconselhado, como por exemplo, no regime alimentar:

“Não [não consegue comer frequentemente]. A senhora veja, a gente vai para o “prédio” [campo]]. Vai lá a gente com as coisas no bolso para a gente comer, às 7 e depois às 11...?!” E2

Este discurso é habitualmente referido nas consultas de enfermagem pois, principalmente as pessoas que trabalham fora de casa, nem sempre têm acesso a refeições saudáveis ou a horários que lhes permitam efetuar pausas para comerem frequentemente.

Os afazeres diários também podem interferir com a medicação:

“(...) eu tiro-a do frigorífico [a insulina], mas depois tenho alguma coisa para fazer e depois dou-a mais tarde; mas dou-a na mesma, só que dou-a mais tarde.” E4

Achados semelhantes a estes foram encontrados por Peyrot e colaboradores (2012) em participantes insulínod dependentes, que apontavam as ocupações diárias como barreira à gestão eficaz do regime medicamentoso. A necessidade de administrar insulina várias vezes ao dia e em horário específico foi considerada pelos doentes, e também pelos seus médicos, como intrusivo nessas atividades.

Especificamente o horário de trabalho também constitui uma limitação:

“(...) não tenho feito [exercício]. (...) saio tarde daqui [trabalho], (...).” E11

Suporte familiar

O papel da família e dos amigos emerge frequentemente no discurso, sendo associado mais frequentemente pelos entrevistados como um fator positivo à gestão da diabetes, embora também tenha sido referido por alguns como um obstáculo ao controlo da doença. August e Sorkin (2010) verificaram que a família pode promover ou dificultar determinados comportamentos de acordo com o tipo de controlo social/familiar que exerce. A utilização de estratégias mais ou menos coercivas tiveram impacto no autocuidado do diabético, evidenciando uma associação positiva entre estratégias de persuasão e a adesão ao plano alimentar. Estratégias coercivas do tipo pressão/crítica tiveram efeitos opostos (August & Sorkin, 2010). Verifica-se que a família poderá funcionar como protetora, oferecendo integração social, apoio prático e também emocional (Roupa *et al.*, 2009). Porém, se existir uma censura permanente por parte dos elementos da família, a pessoa com diabetes pode sentir-se menos capaz de tomar conta de si próprio, mantendo uma relação de dependência relativamente aos outros (Fung, 2009). Algumas afirmações por parte dos participantes refletem a influência que a família pode ter nos comportamentos de adesão, ficando claro que as preferências dos elementos do agregado familiar em relação a determinados alimentos influenciam

diretamente os comportamentos alimentares da pessoa com diabetes, podendo funcionar como incentivo a seguir uma dieta saudável:

“O meu homem dizia assim: “Olha, não comas muitas batatas”! E eu respondia: “não, já sei que não como!”. Porque tinha tendência a repetir!” E6

Relativamente ao exercício físico a família também foi considerada como importante, quer participando diretamente na atividade, quer através de conselhos e incentivos. A utilização de estratégias de persuasão ou mesmo de pressão pelos cônjuges pode facilitar a adesão (Stephens *et al.*, 2009). Segundo Fung (2009) o próprio comportamento do cônjuge pode influenciar o autocuidado com a diabetes. Este autor debruçou-se sobre variáveis inerentes ao companheiro e ao casal e demonstrou que comportamentos mais saudáveis por parte do cônjuge estão associados a uma melhoria no autocuidado e na autoeficácia do diabético:

“De vez em quando vou até lá abaixo, até ao centro da cidade, venho para cima, já é um bocado! Agora a minha mulher, também ando com ela. Foi obrigada a andar, porque foi atropelada, andou de muletas, também ando com ela... além daquilo que eu ando.” E8

Neste excerto também fica evidente o papel que a “atitude da família” face ao regime terapêutico tem na promoção da adesão. Este aspeto pode ser de especial relevância em utentes com menor volição e *locus* de controlo mais “externo”.

Na autovigilância da doença, especificamente na monitorização glicémica e na medicação, sobretudo quando é necessário treinar habilidades manuais para administrar a insulina, o apoio familiar também se demonstrou crucial:

“Tenho um filho comigo que no princípio era ele que me dava [a insulina], que trabalhava com a caneta, que a mudava..., agora sou eu.” E1

Porém, tal como a literatura refere, nem sempre a família se assume ou é percecionada como suporte na gestão do regime terapêutico. Alguns entrevistados relatam a existência de hábitos alimentares no agregado que colidem com a adoção de uma dieta mais saudável, o que põe em evidência a influência da atitude da família na adesão ao regime:

“(...) Vai a gente abusando, (...) por causa de não fazer [comida] separada [da família].” E10

A ausência do companheiro e a falta de apoio, traduzido por pouco envolvimento principalmente por parte do cônjuge, provoca desmotivação nas pessoas para adotar comportamentos aconselhados pelos profissionais de saúde:

“Com a alimentação é um problema. A patroa põe-me tudo frito. (...) Ao almoço frita batatas com uns ovos estrelados. Eu bem não queria comer tantos fritos mas que hei-de eu fazer...! Eu já disse à minha mulher mais que uma vez, para vir falar com a doutora para ela lhe passar um papel, mas ela começa a ralhar comigo, pronto!” E7

Aliás, as opiniões e conhecimentos das pessoas significativas acerca do regime terapêutico parecem interferir na vigilância da diabetes:

“Também tenho em casa [a máquina], mas diz a filha que não é bem certo, - às vezes tira a primeira vez, se for a segunda já não é a mesma!” E10

Se estas opiniões são contrárias às orientações dos profissionais de saúde é provável que as pessoas abandonem alguns comportamentos aconselhados. Levesque e colegas (2012) encontraram resultados semelhantes pois os participantes que tinham em consideração os pontos de vista dos membros da família e dos amigos relataram menor confiança no aconselhamento dos profissionais de saúde relativamente à adesão ao regime medicamentoso. Os autores sugerem que incluir as pessoas significativas para o utente no planeamento do regime terapêutico pode ter efeitos positivos na gestão da doença.

No discurso de um participante emerge a ausência de amigos como um fator desmotivador para realizar caminhadas:

“Também quando saio para a rua [para caminhar], não tenho com quem conversar! Sento-me ali na sala.” E12

O'Shea e colegas (2007) verificaram que a falta de um grupo de apoio foi um dos principais motivos para que os participantes tivessem abandonado a prática de exercício físico. Os participantes identificaram a existência de um grupo de apoio e a supervisão por um profissional habilitado, como possíveis estratégias para manter a prática regular do exercício.

Temos vindo a analisar os vários fatores psicossociais que emergem do discurso das pessoas entrevistadas e que interferem na gestão do regime terapêutico. Porém, ao longo da análise de conteúdo foi possível perceber as várias relações que existem entre eles.

A atribuição de pouca gravidade à diabetes leva ao esquecimento e ao desinvestimento no regime terapêutico. As crenças sobre a doença interferem com as atitudes e comportamento, e a pouca sintomatologia experienciada relaciona-se com um fraca consciencialização da condição de ser diabético. Também encontramos associação entre

o suporte familiar e o autocontrolo e o suporte profissional e os conhecimentos acerca da doença.

Um outro aspeto interessante que emergiu do discurso de alguns participantes diz respeito ao nível de motivação perante as várias dimensões do regime, isto é, a pessoa pode estar altamente motivada para gerir a sua dieta, mas com pouca motivação para realizar caminhadas ou outra atividade física, o que revela a existência de diferentes opiniões e atitudes dos clientes face às diferentes componentes do regime.

Estes achados alertam os profissionais para a necessidade de uma abordagem abrangente e sistemática pois, ao longo do tempo, a pessoa é influenciada por um conjunto de variáveis e acontecimentos que poderão alterar a sua condição, motivação e disponibilidade para gerir a sua saúde. Também nos remete para a dificuldade de opinar e muitas vezes de, até “catalogar” a pessoa como aderente ou não aderente.

Suporte dos enfermeiros

Tínhamos, como segundo objetivo, perceber a experiência dos utentes sobre o papel que os enfermeiros têm desempenhado no acompanhamento da gestão da diabetes e pretendíamos também que as pessoas sugerissem outros aspetos que pudessem contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A literatura produzida em torno dos fatores que influenciam os comportamentos de autocuidado é consensual quanto à influência do profissional de saúde nesses mesmos comportamentos.

Das narrativas emerge uma opinião muito positiva face ao papel que os enfermeiros desempenham junto do cliente:

“ [os enfermeiros] têm feito tudo para eu andar bem, mas as coisas aparecem, tem que se aguentar ...” E7

O modo como abordam o cliente também foi enfatizado:

“Penso que os enfermeiros são simpáticos... Acho que me dão apoio... Nunca tive problemas.” E4

No discurso dos participantes, são valorizados os aspetos relacionados com o apoio e com o suporte instrumental.

“(...) Os enfermeiros ensinam como se faz a picada, como é que se trabalha com a máquina, às vezes há avarias nas máquinas e vou lá ao médico e ao enfermeiro.” E11

O apoio emocional também foi mencionado:

“Dão sempre muito apoio e lá dizem sempre! Não é para o mal da gente, não é! A gente compreende as coisas, pois...! Dizem para fazer assim, para aquilo ir ao lugar, pois está claro! Os Enfermeiros dizem para fazer a dieta, que é da boca ...; mas a gente vai para casa, também não faz bem o que aí diz! [risos].” E13

A informação sobre a importância da gestão diária da doença, com indicações claras sobre a alimentação é valorizada pelos utentes:

“Eles o que dizem? Pouco sal, sal quase nenhum, pouca doçura e mais isto e mais aquilo (...) lá explicam as coisas!” E10

Verifica-se igualmente que o enfermeiro é considerado como alguém que supervisiona, que diz o que está bem ou o que está mal, o que, na perspetiva dos utentes, parece ser inerente ao papel profissional que desempenham:

“Sim, têm dito, têm dito! Todas as vezes quando vou medir a tensão e as diabetes eles dizem-me sempre: -“Tenha cuidado isto, e em fazer aquilo...!”; e eu digo: - Oh menina, eu já sei o que tenho, tenho que ter cuidado!” E12

Assim, chamadas de atenção à pessoa quando esta se desvia do aconselhado são encaradas de uma forma natural:

“Eu não quero levar “porrada” deles [risos] ... não, são uma joia! Não, coitados, eles não podem fazer outra coisa...” E8

Pela forma como as pessoas relatam a sua relação com estes profissionais, entende-se que acreditam no empenho dos enfermeiros no processo de adaptação e gestão da sua condição de saúde. Enfatizam aspetos como a simpatia no atendimento e o apoio que se traduz pela informação acerca do regime, pelas instruções sobre o controlo glicémico e pelo reforço de comportamentos saudáveis. Estas intervenções explicitam o papel de educador do enfermeiro. A DGS (2000) considera a educação terapêutica fundamental pois comporta vantagens na adaptação da pessoa à gestão da sua doença. Os enfermeiros, no âmbito das suas competências devem contribuir para a educação em saúde dotando as pessoas de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que promovam no cliente a tomada de decisão informada de forma a perseguir o seu projeto de saúde (OE, 2012a). Concretamente na gestão da doença crónica, o Conselho

Internacional de Enfermagem enfatiza o papel dos enfermeiros na transmissão de informações e na educação do cliente (OE, 2010). A modificação de crenças de saúde nas pessoas só acontece quando existe um elevado nível de confiança entre ambos, sendo esta considerada como uma estratégia para promover a adesão (Atreja *et al.*, 2005). A confiança decorre de uma relação empática, baseada numa escuta ativa. O cliente pode expressar as suas necessidades sem medo de ser julgado e sente que o profissional constitui uma fonte de apoio efetivo na gestão da sua saúde. Um estudo levado a cabo por Nogueira (2010) verificou que as características do perfil de um enfermeiro ideal apontadas pelos utentes foram, por ordem hierárquica, as competências comunicacionais e de interação e as competências técnicas. As dimensões do saber ser e do saber estar, sobrepunham-se à dimensão do saber fazer.

Relativamente a outras possíveis expectativas do papel do enfermeiro verifica-se que os utentes não anteveem outra forma de serem ajudados, para além daquela que estes profissionais utilizam:

“Dão sempre muito apoio e lá dizem sempre! Não é para o mal da gente, não é! A gente compreende as coisas, pois...! Dizem para fazer assim, para aquilo ir ao lugar, pois está claro! Os Enfermeiros dizem para fazer a dieta, que é da boca ...; mas a gente vai para casa, também não faz bem o que aí diz! [risos].” E13

“Tem sido suficiente o que os enfermeiros têm dito, pois têm dado bastantes conselhos... Eu é que sou um casmurro!” E15

No entanto outros não têm uma opinião formada:

“Não sei! Não sei como [os enfermeiros] me podem ajudar...” E2

O estudo desenvolvido por Mendes e colegas sobre a satisfação dos utentes com os centros de saúde de uma região de Portugal revela que os clientes consideram o atendimento dos enfermeiros como um dos motivos da sua maior satisfação (Mendes, Mantovani, Gemito & Lopes, 2013). No entanto, os autores referem também que existe uma associação entre o grau de escolaridade e a satisfação com os serviços oferecidos. Pessoas com um grau de escolaridade mais baixo tendem a ser menos críticos e mais condescendentes com os cuidados. Da mesma forma, classes sociais mais desfavorecidas avaliam mais favoravelmente os serviços prestados. Segundo os autores, e apoiando-se em outros estudos desenvolvidos neste âmbito, esta baixa expectativa relativa aos cuidados de saúde pode estar relacionada com a gratidão e reconhecimento que as pessoas têm face aos cuidados prestados e que pode condicionar a avaliação que fazem desses mesmos cuidados (Mendes *et al.*, 2013). Contudo, parece-nos possível

desenvolver estratégias no sentido de aumentar as expectativas dos clientes em relação aos cuidados de enfermagem. Se as pessoas experienciarem uma ajuda efetiva destes profissionais na gestão da sua saúde poderão modificar as suas ideias acerca do papel do enfermeiro, conotado ainda frequentemente como o profissional de saúde que monitoriza sinais e sintomas, que informa e que supervisiona o comportamento dos utentes.

“Acho que em parte o que eles têm que fazer, acho que eles fazem. Mais do que isso, também eles não poderão fazer muito mais. Desde que nos ajudem muitas vezes a fazer a picada e a fazer a avaliação de quanto é que está, já é bom. O que eles vão fazer mais?” E11

A enfermagem, quer como disciplina do conhecimento quer como profissão tem-se desenvolvido de uma forma notável nos últimos tempos. No entanto, ainda parece que as práticas em uso não têm tornado visível esta evolução, ajudando a perpetuar as baixas expectativas face a profissionais que têm competências que lhes permitem prestar cuidados cada vez mais complexos, diferenciados e exigentes (OE, 2012b). Afigura-se a possibilidade de, através de uma abordagem centrada no cidadão, poder realmente praticar uma enfermagem mais significativa para os clientes.

A nossa amostra é constituída por pessoas oriundas de meios rurais, com baixa escolaridade, o que pode explicar as baixas expectativas que têm sobre o papel do enfermeiro na gestão da doença crónica. Por outro lado, e embora as entrevistas tenham sido realizadas pela investigadora externa à equipa de enfermagem, os participantes tomaram conhecimento que esta é também enfermeira, o que pode ter condicionado a resposta dos utentes, designado como efeito de desejabilidade social. Este aspeto representa uma limitação ao nosso estudo, especificamente quanto ao segundo objetivo.

Ambiente físico

A influência do ambiente físico, mais especificamente as condições climáticas, foram mencionadas como um fator limitador à prática de atividade física:

“ (...) Não tenho feito [exercício]. No período do verão faço muitas, no inverno saio tarde daqui [trabalho], mas tenho que começar a fazer.” E11

O'Shea e colaboradores (2007) também apuraram que as condições climatéricas foram consideradas como obstáculos à sua prática, tal como Levesque e colaboradores (2012).

O local onde estamos a desenvolver esta investigação é caracterizado por grandes amplitudes térmicas, fazendo bastante frio no inverno e calor no verão. Estes aspetos climáticos revelam-se importantes na prática de exercício físico, especialmente quando este é realizado em ambientes exteriores.

Perante estas contingências torna-se necessário encontrar soluções localmente adequadas que potenciem a prática de exercício físico, mesmo perante condições climáticas adversas. Na nossa perspetiva, a solução poderá assentar numa parceria entre as instituições de saúde e as autarquias locais. Este trabalho em rede poderá otimizar os recursos existentes, através da utilização de infraestruturas comunitárias como, por exemplo, pavilhões gimnodesportivos, piscinas municipais ou outras entidades recreativas. Uma outra solução passa por encontrar formas criativas de integrar, no quotidiano das pessoas, o aumento da atividade física, mesmo dentro dos próprios domicílios.

2.5 CONCLUSÕES

Pretendemos proceder a um diagnóstico de situação junto das pessoas que vivem com uma doença crónica, concretamente com a diabetes, no sentido de verificar como integram o regime terapêutico na sua rotina diária, as dificuldades que têm, o apoio que sentem por parte dos enfermeiros, bem como as suas expetativas acerca dos cuidados de enfermagem.

Das entrevistas realizadas, emergiram categorias sobreponíveis às referidas pela OMS (2005) e por Meleis e colaboradoras (2000). O peso das condições pessoais, e portanto inerentes a cada pessoa, destaca-se no discurso dos participantes, podendo influenciar positivamente ou negativamente a gestão do regime terapêutico. Também a relação que a pessoa estabelece com o ambiente próximo, nomeadamente com a família e com os técnicos de saúde, afeta o modo como lida com a doença. Fica igualmente evidente a inter-relação entre os inúmeros fatores que influenciam os comportamentos de autocuidado, o que complexifica a atuação dos profissionais.

A singularidade da pessoa, inserida num contexto específico, implica uma abordagem individualizada e sistemática, alertando para novos focos de atenção, que poderão constituir um desafio para os profissionais de saúde. A nossa experiência da prática clínica permite-nos constatar que ainda prevalecem as intervenções focadas na monitorização de parâmetros relacionados com o controlo da doença e na informação acerca dos aspetos relacionados com a gestão do regime terapêutico. Não retirando a

sua importância, porque apresentam-se como aspetos importantes no plano de tratamento, os resultados aqui referidos sugerem que os enfermeiros ampliem o espectro da sua intervenção e atuem também na base de todo o comportamento, isto é, nas razões que levam a que a pessoa adote ou abandone determinada ação.

Porque os problemas encontrados neste estudo constituem aspetos de saúde relevantes para a prática de enfermagem, os clientes poderão beneficiar de intervenções adequadas por parte deste grupo de profissionais. Aliás, a emergência de uma doença crónica pode apresentar-se para a pessoa como uma oportunidade para desenvolver novas atitudes e comportamentos que melhorem o seu bem-estar (Meleis *et al.*, 2000), não representando necessariamente uma fatalidade, perante a qual esta pouco ou nada tem a fazer. Conviver com a diabetes pode permitir que a pessoa redefina os seus papéis, a sua identidade, e os seus valores. É esta a visão que partilhamos.

Construir um programa de intervenção que promova no utente competências para resolver os problemas que a doença comporta, que o ajude a refletir sobre as suas crenças e atitudes, que desenvolva os seus recursos pessoais e a sua autonomia, afigura-se como um possível caminho.

Este estudo sustenta a necessidade de avançar para novas abordagens e fragiliza o modelo de cuidados de saúde vigente, ainda predominantemente centrado na doença. Também evidencia a importância da relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e o cliente. Neste sentido, questionamo-nos se o atual processo de cuidar, favorece o *empowerment* da pessoa. Tal como fizemos com o cliente, parece-nos importante indagarmos também os profissionais de saúde. Para tal, sugere-se avançar para um diagnóstico de situação junto dos enfermeiros para que, através de uma análise aprofundada, sejam desocultados os seus problemas, necessidades e motivações.

2.6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta. Acedido em Agosto, 2013, em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/1/Paradigma%20Qualitativo%20e%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Educacional.pdf>

- Al-Qazaz, H.; Hassali, M.; Shafie, A.; Sulaiman S. & Sundram S. (2010). The 14-item Michigan Diabetes Knowledge Test: translation and validation study of the Malaysian version. *Practical Diabetes International*, 27 (6), 238-242.
- Amaral, A. (2012). Stress, depressão e diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 7 (3), 119-123.
- Anderson, B., & Funnell, M. (2005). *The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators* (2nd ed.). Virginia: American Diabetes Association.
- APDP- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2009). *Diabetes tipo 2: um guia de apoio e orientação*. Lisboa. Lidel.
- Atreja, A.; Bellam, N. & Levy, S. (2005). Strategies to enhance patient adherence: making it simple. *Medscape General Medicine*, 7 (1), 4.
- August, K. & Sorkin, D. (2010). Marital status and gender differences in managing a chronic illness: the function of health-related social control. *Social Science & Medicine*, 71, 1831-1838. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.08.022.
- Bandura, A. (2008). *Self-efficacy*. Acedido em agosto, 2013, em <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy>
- Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Bouwman, V.; Adriaanse, M.; Riet E.; Snoek F.; Dekker J. & Nijpels G. (2010). Depression, anxiety and glucose metabolism in the general Dutch population: the new Hoorn study. *Journal PloS One*. Acedido em julho, 2013, em <http://www.plosone.org/?jsessionid=F25B4DE23EF2E4CD26A2EF5AC1C98BB9>. DOI: 10.1371/journal.pone.0009971
- Brides, V.; Rapadas, J.; Sabella, W.; Sanchez, A.; TheShorette, J., & Tan II, L. (2012). Compliance of Treatment Management Among Diabetes Patients. *Nursing Research Journal*, 4, 143-167.
- Broadbent, E.; Donkin, L. & Stroh, J. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*, 34 (2), 338-340.

- Broadbent, E.; Petrie, K.; Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Brown, H. (2004). Needle-free insulin. *British Journal of Diabetes and Vascular Disease*, 4(2). Acedido em Julho, 2013, em http://www.medscape.com/viewarticle/475130_5. DOI: 10.1177/14746514040040020901
- Centers for Disease Control and Prevention (2009). *Improving health literacy for older adults: expert panel report 2009*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services. Acedido em setembro, 2013, em <http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/olderadults.pdf>
- Chapman, R.; Petrilla, A.; Benner, J.; Schwartz, J. & Tang, S. (2008). Predictors of adherence to concomitant antihypertensive and lipid-lowering medications in older adults: a retrospective, cohort study. *Drugs Aging*, 25 (10), 885-92.
- Department of Health and Human Services (2010). *Healthy people 2010: understanding and improving health* (2nd ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000. Acedido em outubro, 2013, em <http://www.healthypeople.gov>.
- Direcção-Geral da Saúde (2000). *Educação terapêutica na diabetes mellitus*. Circular normativa. N.º 14/DGCG. Acedido em novembro, 2013, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013201.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes*. Acedido em setembro, 2013, em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6B340314-11EF-4B02-87C5-3186565DA441/0/ProgramadePrevencaoDiabetes.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Plano nacional de saúde 2012-2016: versão reduzida*. Acedido em outubro, 2013, em http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20134.pdf
- Fontanella, B.; Luchesi, B.; Saidel, M.; Ricas, J.; Turato, E., & Melo, D. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Caderno de Saúde Pública*, 27 (2), 389-394.
- Fortin, M.; Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Cap. 16). Editora Lusodidacta.

- Fuller, B.; Williams, J. & Byles, J. (2010). Active living--the perception of older people with chronic conditions. *Chronic Illness*, 6, 294-305. DOI: 10.1177/1742395310377673.
- Fung, K. (2009). *Type 2 diabetes: a couples study on spousal relationship and health behaviors*. Honors Theses. Paper 12. Acedido em fevereiro, 2012, em <http://repository.cmu.edu/hsshonors/12>.
- Gamez, G., Roales-Nieto, G. & Sagarduy, Y. (2006). An exploratory study on the development of beliefs about symptoms as signals of arterial hypertension. *Psychothema*, 18 (4), 822-827.
- Gazmararian J.; Kripalani S.; Miller M.; Echt K.; Ren J. & Rask K. (2006). Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: a focus on health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (12), p. 1215–1221. Acedido em agosto, 2013. Em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1924753/>. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00591.x
- Gellad, W.; Grenard, J. & Marcum, Z. (2011). A systematic review of barriers to medication adherence in elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9 (1), 11-23. DOI: 10.1016/j.amjopharm.2011.02.004.
- Hu, J; Gruber, K.; Liu, H.; Zhao, H., & Garcia, A. (2012). Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 51-60. DOI: 10.1037//0022-006X.70.3.611.
- ICN (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP®: Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Insel, K.; Morrow, D.; Brewer, B. & Figueredo, A. (2006). Executive function, working memory, and medication adherence among older adults. *Journal of Gerontology*, 61B (2), 102-107.
- Institute of Medicine (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academy Press. Acedido em julho, 2013, em http://hospitals.unm.edu/health_literacy/pdfs/HealthLiteracyExecutiveSummary.pdf
- International Diabetes Federation (2012). *Global guideline for type 2 diabetes. Clinical Guidelines Task Force*. Acedido em setembro, 2013, em <http://www.idf.org/sites/default/files/IDF%20T2DM%20Guideline.pdf>

- Khuwaja, A.; Lalani, S.; Dhanani, R.; Azam, I.; Rafique, G. & White, F. (2010). Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: a multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2, 1-7. DOI:10.1186/1758-5996-2-72.
- Krebs, J. & Parry-Strong, A. (2013). Is there an optimal diet for patients with type 2 diabetes? yes, the one that works for them! *British Journal of Diabetes and Vascular Disease*, 13 (2), 60-66. DOI: 10.1177/1474651413479040.
- Levesque, A.; Li, H. & Pahal, J. (2012). Factors related to patients' adherence to medication and lifestyle change recommendations: data from Canada. *International Journal of Psychological Studies*, 4 (2), 42-55. DOI:10.5539/ijps.v4n2p42.
- Lopes, R.; Nascimento, R.; Esteves, C.; Iatchac, F. & Argimon, I. (2011). Cognição e diabetes mellitus tipo 2 em idosos. *Ciências & Cognição*, 16 (3), 95-108. Acedido em setembro, 2013, em <http://www.cienciasecognicao.org>
- Lorig, K. & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1), 1-7.
- Mack, N.; Woodsong, C.; MacQueen, K.; Guest, G. & Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: a data collector's field guide*. Family Health International.
- McHorney, C. & Gadkari, A. (2010). Individual patients hold different beliefs to prescription medications to which they persist vs nonpersist and persist vs nonfulfill. *Patient Preference and Adherence*, 4, 187-195.
- Meleis A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* 23 (1), 12-28.
- Mendes, F.; Mantovani, M.; Gemito, M. & Lopes, M. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Referência*, III (9), 17-25.
- Miguel, I.; Dias, H.; Coelho, A.; Severino, D.; Roque, M. & Esteves, M. (2012). Diabetes e cognição: rastreio numa população diabética. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 7 (1), 4-7.
- Miguel, I.; Dias, H. & Roque, M. (2012). Manifestações músculo-esqueléticas na diabetes mellitus. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 7 (3), 114-118.

- Moodley, M. & Rambiritch V. (2007). An assessment of the level of knowledge about diabetes mellitus among diabetic patients in a primary healthcare setting. *South African Family Practice*, 49 (10), 16a-16d.
- Ngoh, L. (2009). Health literacy: A barrier to pharmacist–patient communication and medication adherence. *Pharmacy Today*, 15 (8), 45-57. DOI: 10.1331/JAPhA.2009.07075.
- Nichols, L.; Barton, P.; Glazner, J. & McCollum, M. (2007). Diabetes, minor depression and health care utilization and expenditures: a retrospective database study. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 5, 4. DOI:10.1186/1478-7547-5-4.
- Nogueira, C. (2010). *O outro olhar (sobre os enfermeiros): percepções dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.
- OMS, 2005. *Prevenção das doenças crónicas: um investimento vital*. Acedido em novembro, 2013, em http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica*. Acedido em julho, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012a). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Acedido em outubro, 2013, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2012b). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em outubro, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- O'Shea, S.; Taylor, N. & Paratz, J. (2007). But watch out for the weather: factors affecting adherence to progressive resistance exercise for persons with COPD. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 27 (3), 166-174.
- Pereira, M. & Almeida, P. (2004). Autoeficácia na diabetes: Conceito e validação da escala. *Análise Psicológica*, 3 (22), 585-595.

- Pereira, M.; Pedras, S. & Machado, J. (2013). Validação do Questionário Crenças acerca da medicação em pacientes diabéticos tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29 (2), 229-236.
- Peyrot, M.; Barnett, A.; Meneghini, L. & Schumm-Draeger, P. (2012). Insulin adherence behaviours and barriers in the multinational Global Attitudes of Patients and Physicians in Insulin Therapy study. *Diabetic Medicine*, 29 (5), 682-689. Acedido em agosto, 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3433794/>. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2012.03605.x.
- Pourghazneina, T.; Ghaffarib, F.; Hasanzadehc, F. & Chamanzarid, H. (2013). The relationship between health beliefs and medication adherence in patients with type 2 diabetes: a correlation-cross sectional study. *Life Science Journal*, 10 (4s), 38-46. Acedido em novembro, 2013, em http://www.lifesciencesite.com/ljsj/life1004s/006_13765life1004s_38_46.pdf
- Roupa, Z. [et al.] (2009). Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. *Health Science Journal*, 3 (1), 32-40.
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78.
- Ryan, P. & Sawin, K. (2009). The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57 (4), 217-225. DOI: 10.1016/j.outlook.2008.10.004.
- Santis, T. (2009). *Polimedicação e medicação potencialmente inapropriada no idoso: estudo descritivo de base populacional em cuidados de saúde primários*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Santos, I. [et al.] (2009). Comorbilidade e funcionalidade: estudo observacional de um coorte de doentes. *Revista Acta Medica Portuguesa*, 22, 779-788.
- Santos, S.; Hurtado-Ortiz, M. & Sneed, C. (2009). Illness beliefs regarding the causes of diabetes among Latino college students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 31 (3), 395-412. Acedido em julho, 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827852/>. DOI:10.1177/0739986309339911.

- Silva, D. (2011). *Helping people help themselves. Review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management*. Health Foundation, London. Acedido em dezembro, 2013, em <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/2434/Helping%20people%20help%20themselves.pdf?realName=8mh12J.pdf>
- Sousa, M. (2003). *Estudos dos Conhecimentos e Representações de Doença Associados à Adesão Terapêutica nos Diabetes tipo 2*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Portugal.
- Stephens, M.; Fekete, E.; Franks, M.; Rook, K.; Druley, J. & Greene, K. (2009). Spouses' use of pressure and persuasion to promote osteoarthritis patients' medical adherence after orthopedic surgery. *Health Psychology*, 28, 48-55. DOI: 10.1037/a0012385.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2.^a edição). Artmed.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (5.^a edição). Loures. Lusodidacta.
- Tol, A; Shojaeezadeh, D.; Sharifirad, G.; Eslami, A.; Alhani, F. & Mohajeritehrani, M. (2012). Predictors of self-management behaviors among type 2 diabetes patients. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2 (3), 2270-2274.
- Uchenna, O.; Ijeoma, E.; Pauline, E. & Sylvester, O. (2010). Contributory factors to diabetes dietary regimen non adherence in adults with diabetes. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 45, 735-742.
- Voncella, M. (2011). Health literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease self-management among African Americans with diabetes mellitus. *Association of Black Nursing Faculty Journal*, 25-32.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Acedido em dezembro, 2013, em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
- WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Acedido em agosto, 2013, em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

- WHO (2011). *Global recommendations on physical activity for health. 65 years and above*. Acedido em agosto, 2013, em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-65years.pdf>
- Williams C. (2002). Using medications appropriately in older adults. *American Family Physician*, 66 (10), 1917-24.
- Woodruff, K. (2010). Preventing polypharmacy in older adults. *American Nurse Today*, 5 (10). Acedido em julho, 2013, em http://www.medscape.com/viewarticle/732131_4
- Yoo H.; Kim, C.; Jang, Y. & You, M. (2011). Self-efficacy associated with self management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 599-606. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2011.01970.x.
- Zambanini, A. & Feher, M. (1997). Needle phobia in type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 14,321-323.

3. CAMINHANDO PARA UMA ENFERMAGEM MAIS AVANÇADA: ANÁLISE SOBRE AS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ABORDAGEM À PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA

Introdução: As mudanças recentes que temos vindo a assistir na saúde das populações, nomeadamente com o aumento das doenças crónicas, colocam largos desafios aos sistemas de saúde. Os enfermeiros evidenciam motivação para avançar para modelos de cuidados que, sustentados pela evidência científica, se traduzam em intervenções direcionadas às reais necessidades dos clientes.

Método: Desenvolveu-se um estudo qualitativo com a finalidade de refletir sobre as práticas de enfermagem em uso, no sentido de evoluir para uma enfermagem com mais enfermagem (Silva, 2007). Utilizando a técnica da reflexão falada (Somerén, Barnard & Sandberg, 1994), 35 enfermeiros de dois ACES da região de Trás-os-Montes refletiram sobre a sua ação, analisando os cuidados prestados habitualmente à pessoa com doença crónica, em particular ao cliente com diabetes *mellitus*.

Resultados: Os participantes reconheceram que a sua prática é influenciada, em larga medida, pelo modelo biomédico visto centrar-se, predominantemente, no controlo dos sinais e sintomas da doença. Em paralelo, identificaram um conjunto de fatores que influenciam as pessoas na adesão e gestão do regime terapêutico. Estes fatores, na perceção dos enfermeiros, estão relacionados com as características pessoais do próprio cliente e com o suporte familiar, com a complexidade do tratamento e as comorbilidades existentes, com a interação terapêutica e características dos profissionais de saúde, com a organização e acessibilidade aos serviços e também com aspetos financeiros. Todavia, para além da gestão dos sinais e sintomas da doença, os enfermeiros expõem como intenção para os cuidados de enfermagem a necessidade de evoluir para abordagens mais focadas no cliente, tendo por propósito promover o autocuidado.

Conclusão: A análise (refletida) sobre as práticas em uso representa o primeiro passo para que os enfermeiros se consciencializem sobre a necessidade de mudar e de se envolver nas formas de operacionalizar as mudanças pretendidas. A expansão da intencionalidade terapêutica dos cuidados de enfermagem constitui uma oportunidade de melhoria dos cuidados e um desafio para a ação.

3.1 INTRODUÇÃO

As constantes alterações demográficas, associadas ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crónicas, bem como o atual contexto socioeconómico e político, perspetivam que os cuidados de enfermagem evoluam de forma a responder às “novas” necessidades dos clientes. Em simultâneo, tem sido notório o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e disciplina, fruto de uma constante aposta na formação, no desenvolvimento de novos modelos teóricos e na sustentação de práticas baseadas no modelo científico.

No entanto, de acordo com Basto (1998) e Silva (2007), ainda parece predominar o paradigma biomédico pois “há dificuldades de vária ordem (...) em introduzir aspetos característicos dos modelos expostos que emergiram do desenvolvimento disciplinar da enfermagem, nos modelos em uso nas práticas profissionais” (Silva, 2007, p. 11). Tomando por objeto de estudo os processos de transição que as pessoas experienciam ao longo do seu ciclo de vida, e que se relacionam com os processos de saúde, importa evoluir de um modelo apenas centrado na gestão da doença e no controlo dos seus sinais e sintomas, para modelos que privilegiam as respostas humanas às transições (Silva, 2007; Silva, 2011). O aparecimento de uma doença crónica é considerada um evento stressor que frequentemente exige que a pessoa redefina significados, se adapte a novos comportamentos, altere estilos de vida, lide com novas emoções, originando, por vezes, mudanças profundas no seu projeto de saúde e de vida (Meleis, 2005; Meleis *et al*, 2000).

Este estudo surge da vontade expressa de um grupo de enfermeiros dos ACES do distrito de Vila Real em repensar as suas práticas, com vista a ajudar a pessoa com doença crónica a integrar eficazmente o regime terapêutico no seu quotidiano. Estes enfermeiros exprimem a necessidade de avançar para cuidados mais próximos e significativos para o cliente. Contudo, estão conscientes das inúmeras barreiras que poderão contribuir para explicar a diferença entre o que realmente se faz na prática dos cuidados, e o que pretendariam fazer. Reconhecem que esta situação carece de um espaço de discussão formal onde os diversos atores, enfermeiros que implementam os cuidados mas também os que estão relacionados com a gestão, possam proceder a uma análise rigorosa do contexto atual, no sentido de explicitarem esses problemas, de os partilhar e de encontrar possíveis soluções. Boterf (2006) refere que o distanciamento ou a reflexividade é uma das dimensões que traduz a competência ou o profissionalismo. O distanciamento é condição necessária para poder melhorar as práticas profissionais. Analisar as práticas consiste em distanciar-se para delas tomar

consciência, com o objetivo de as concretizar ou conceptualizar, verbalizando-as (em forma de discurso) ou dando-lhes uma outra forma (esquemas). A reflexibilidade não se esgota na descrição do desenvolvimento da atividade concretizada, mas compreende, igualmente, a explicitação das razões que estão inerentes a esta prática, processo vulgarmente designado como «esquema operativo». O profissional não se limita somente a descrever como se age, como também explica as razões dessa ação (Boterf, 2006). A Organização Mundial de Saúde (2003) reconhece a inadequabilidade dos serviços de saúde para atender as pessoas com condições crónicas e assume como um desafio a necessidade de prestar cuidados inovadores, que implica, entre outros elementos, uma mudança de paradigma. Refletir sobre a realidade constituirá um primeiro passo para a poder modificar.

O trabalho que aqui se expõe descreve o trajeto percorrido por um grupo de enfermeiros, tendo em vista operar modificações na sua ação profissional com foco na problemática da gestão da doença crónica. Aqui reportam-se, não só, os aspetos considerados limitadores à mudança mas também as possibilidades ou oportunidades de melhoria, progredindo para uma enfermagem mais avançada. Consideramos o conceito de enfermagem avançada descrito por Silva (2007), que a relaciona com o aumento de competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e realizada pela inter-relação pessoal, sustentada em teorias (próprias) de enfermagem que tem por “core” o diagnóstico e as intervenções perante as respostas humanas às transições vividas e também mais competências de tomada de decisão (Silva, 2007).

3.2 OBJETIVOS

Com este estudo pretende-se:

- Analisar as práticas de enfermagem utilizadas na abordagem à pessoa com diabetes;
- Identificar, com os enfermeiros, os fatores que condicionam os comportamentos de adesão e gestão do regime terapêutico das pessoas com diabetes, que frequentam as consultas de enfermagem;
- Identificar as oportunidades de avanço na ação profissional dos enfermeiros orientadas para a promoção das competências dos clientes com diabetes *mellitus*, para gerirem o seu regime terapêutico.

3.3 MÉTODO

Porque os enfermeiros tinham como objetivo diagnosticar os problemas/oportunidades, identificar estratégias de mudança, implementar essas estratégias e avaliar a sua eficácia, desenvolvemos um estudo exploratório de cariz qualitativo. Na medida em que o nosso envolvimento e interferência foram notórios e de forma consciente, e porque também no estudo predomina a reflexividade profissional, consideramos que, no modo como estivemos no terreno, esta investigação foi iluminada pelos princípios da Investigação-ação (IA). A IA tem como alvo, se não a resolução na totalidade de um determinado problema real, a sua melhoria ou a mudança de práticas na sua abordagem. Deste modo, empenha-se na resolução de um problema através da ação, acompanhada por um processo reflexivo de questionamento e procura de novos conhecimentos, gerando novas práticas (Somekh & Zeichner, 2009). A IA procura dar poder às pessoas que estão envolvidas no processo, para que elas possam agir a seu próprio favor resolvendo os seus problemas (Streubert & Carpenter, 2013). De acordo com Pazos (2002), conduzir a ação com base nos princípios da IA remete-nos para uma reflexão inicial onde indagamos sobre a origem e evolução da situação problemática, qual a posição das pessoas implicadas na investigação perante o problema (conhecimentos, experiências prévias, atitudes e interesses), quais os aspetos que geram mais conflito (e em que contextos e grupos se manifestam), de que forma se assumem esses conflitos (discursos, práticas, relações organizacionais), quais as formas de contestação e resistência e qual a relação entre a teoria e a prática.

Nesta fase, predominantemente exploratória, pretendemos conhecer, em conjunto com os enfermeiros, o modo como eles trabalham com as pessoas com doença crónica, as dificuldades que experienciam e os fatores que, naquele contexto específico, mais influenciam a gestão e adesão ao regime terapêutico, por parte dos clientes com diabetes *mellitus*. Esta reflexão sobre a ação, com carácter retrospectivo, permite que os profissionais possam analisar o ocorrido (Shon, 1991, cit. por Abreu, 2007), descobrindo e compreendendo o que se tem feito, bem como os valores que estão subjacentes a essa prática, desvelando obstáculos (objetivos e subjetivos) (Pazos, 2002). Sendo a reflexibilidade uma habilidade humana presente na interação social, ela permite, de acordo com o interacionismo simbólico, o desenvolvimento do *self* (Johnson, 1995, cit. por Cuesta, 2003). O *self* resulta de um processo reflexivo que permite que a pessoa, perante uma determinada situação, atue segundo ela mesma e não de forma automática. Esta visão, que iluminou o estudo, dirige-nos para mudanças mais duradouras, porque internalizadas pelos indivíduos (neste caso os enfermeiros), na medida em que resultam de aprendizagens significativas (Argyris & Schon, 1982).

3.3.1 Participantes

O estudo da análise das práticas de enfermagem envolveu enfermeiros de todos os centros de saúde dos ACES do distrito de Vila Real, nomeadamente do Agrupamento de Centros de Saúde Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso e do Agrupamento de Centros de Saúde Douro I - Marão e Douro Norte. Integraram o estudo 2 enfermeiras supervisoras, 13 enfermeiros chefes, 20 enfermeiros que exerciam cuidados diretos a utentes com diabetes e representantes de cada um dos centros de saúde, perfazendo um total de 35 profissionais. Estes representantes foram escolhidos pelos seus responsáveis tendo em conta as funções que desempenhavam, quer junto do utente, quer na própria equipa de enfermagem.

Para que um processo de mudança ocorra é importante que haja compromisso de todos os envolvidos, nomeadamente das chefias, para além da adequação das competências de todos os profissionais e da vontade de mudar, que deve ser partilhada por todos os intervenientes (Delloite & Accenture, 2004).

3.3.2 Recolha de dados

Para a consecução dos objetivos delineados recorreremos à reflexão falada, técnica filiada nas abordagens qualitativas.

O método da reflexão falada, ou *Thinking aloud*, permite-nos aceder aos processos cognitivos que as pessoas utilizam na resolução de um determinado problema (Somerén, Barnard & Sandberg, 1994), o que alinha com os nossos propósitos e com a filosofia que procuramos imprimir ao projeto global de investigação. A reflexão falada consiste em pedir a uma pessoa que vá falando, enquanto pensa sobre a resolução de um problema. No nosso caso utilizamos, especificamente, a técnica de retrospeção, embora tendo em consideração que, quando questionamos os enfermeiros sobre memórias e motivações passadas, corremos o risco que respondam privilegiando a interpretação que fazem atualmente da situação e não o processo cognitivo que desenvolveram na altura do desempenho. O facto de refletirem e explanarem sobre a *praxis* representa um exercício que, por si só, permite expor as variáveis /fatores que os levaram a tomar determinadas opções em relação aos cuidados prestados, promovendo a consciencialização acerca do processo de tomada de decisão. Assim, para além das pessoas se focarem “no que fazem” também permite que elas analisem “porque o fazem”.

A prática reflexiva permite que as pessoas aprendam com as suas experiências, considerando-as como um ponto de começo ou oportunidade de aprendizagem (Jasper, 2003). As pessoas aprendem quando pensam sobre as coisas que lhes aconteceram pois, analisando-as de diferentes modos, tornam-se mais capazes para optar por determinados tipos de ação. Assim, se pretendemos aprender com alguma coisa que já nos aconteceu, precisamos de focar a nossa atenção nesse evento e refletir sobre essa observação em diferentes perspetivas. No final deste processo reflexivo conseguimos formar algumas ideias e ter uma compreensão mais profunda, permitindo desenvolver os nossos próprios conceitos e explicações acerca desse evento. Jasper (2003) refere, ainda, que a prática reflexiva se pode considerar como um processo cíclico que envolve os três componentes: a experiência, a reflexão e a ação, podendo ser dividida em dois tipos: a reflexão na ação e a reflexão sobre a ação. A primeira está relacionada com o facto de as pessoas pensarem e teorizarem sobre os cuidados enquanto os praticam; a segunda envolve uma exploração consciente e reflexão sobre os cuidados já prestados, no sentido de expor o conhecimento que foi mobilizado nessa situação. Esta reflexão sobre a ação tem um carácter retrospectivo e ocorre habitualmente fora do cenário da prática. Especificamente nos enfermeiros, este processo poderá contribuir para uma aproximação entre a teoria e a prática, pois proporciona a compreensão e a aprendizagem.

Na investigação em curso, as questões que serviram de base para análise e discussão prenderam-se com as possíveis características das pessoas que podem facilitar a adesão e a gestão do regime terapêutico; o papel do enfermeiro na promoção de comportamentos de adesão; as características pessoais e profissionais que poderão influenciar esses comportamentos; as dificuldades experienciadas na consulta a pessoas com doença crónica; os fatores que podem dificultar essa consulta; os principais focos de atenção e possíveis diagnósticos de enfermagem que emergem, bem como as intervenções mais frequentemente implementadas.

No sentido de analisar os aspetos mais relevantes que foram emergindo ao longo dos encontros, utilizámos, ainda, notas de campo e o material escrito que resultou do trabalho efetuado pelos diferentes grupos.

3.3.3 Procedimentos

Na fase inicial foram definidos e clarificados os objetivos pela investigadora responsável e os enfermeiros foram convidados a participar no estudo. Após a apresentação de todos

os elementos foi fornecido um guia com os tópicos e principais questões a serem abordadas na discussão. Esta fase de atividade diagnóstica decorreu em cinco momentos, perfazendo um total de 35 horas.

Para uma melhor exploração dos conteúdos a investigar organizou-se uma dinâmica em grupos de 8/9 elementos, que depois se reuniam em sessão plenária. Assim, os participantes foram distribuídos aleatoriamente por quatro grupos de trabalho e, com a ajuda do guia que continha as questões a analisar, desenvolveram uma reflexão inicial. Por cada grupo foi eleito um relator, que tinha por função expor a síntese das conclusões do pequeno grupo na sessão plenária. Nas primeiras reuniões foi efetuada uma reflexão sobre as dificuldades encontradas nos contextos da prática, direcionada para aspetos inerentes ao próprio enfermeiro (conhecimentos, relação que estabelece com o utente) e aspetos organizacionais (metodologia de trabalho, acessibilidade, gestão de tempo das consultas) que poderiam influenciar o seu desempenho na promoção da adesão e gestão do regime terapêutico junto da pessoa com doença crónica. Posteriormente, a equipa refletiu sobre os fatores que habitualmente interferem na adesão dos seus utentes, no papel do enfermeiro na consulta de enfermagem (dificuldades, principais focos de atenção), nos conteúdos habitualmente abordados (diagnósticos e intervenções) e na organização dos cuidados de saúde. O papel de moderador foi assumido por 2 elementos (sendo um deles a investigadora principal). Cabe aos moderadores criar um clima agradável, manter a discussão e orientá-la para o aprofundamento da temática em estudo, impedindo-a que se encaminhe por caminhos alheios aos objetivos (Aires, 2011). Tal como Pereira (2007) experimentamos a situação ao qual Krueger (1998, cit. por Pereira, 2007) designou por “influência de peritos”. De facto, ao longo da discussão foram-se destacando alguns participantes que, pela sua formação, o seu papel na equipa e até pela sua sensibilidade ao projeto foram enriquecendo os discursos. Estes elementos eram reconhecidos pelo restante grupo como “peritos” e respeitavam a opinião dos colegas, não provocando portanto qualquer constrangimento para que os outros elementos se pudessem expressar livremente. No final de cada encontro, os moderadores efetuaram uma síntese destacando os pontos principais. Desta forma, uma vez que estas sessões não foram gravadas em formato áudio, foram validadas com os participantes as ideias que emergiram da reflexão. As sessões foram documentadas por 1 elemento responsável para o efeito. Os documentos produzidos por esse elemento, pelos enfermeiros e pelas notas retiradas pela investigadora constituíram o material de análise.

Sem categorias previamente definidas, procedemos inicialmente a uma leitura completa da informação recolhida. De seguida passamos a examinar as frases ou parágrafos,

orientando a nossa atenção para a descoberta de pensamentos, ideias e conceitos. Neste processo de codificação aberta identificamos as categorias (ou temas) e as subcategorias (atributos), evoluindo posteriormente para a codificação axial, onde estabelecemos relações entre elas (Strauss & Corbin, 2008). Implementando uma recolha e uma análise permanente, através da abordagem indutiva que caracteriza este processo, é facilitado aos investigadores um entendimento mais profundo do fenómeno (Pereira, 2007).

3.4 RESULTADOS

Através dos encontros com os enfermeiros foi possível apercebermo-nos de diferenças entre regiões, influenciadas por fatores como a própria geografia, a distribuição territorial, o índice de urbanização, a rede de transportes e a literacia da população. Estes fatores refletem desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e, como tal, realidades distintas.

O primeiro tópico de reflexão referente aos *fatores que os enfermeiros consideram contribuir para a adesão nos seus utentes com diabetes*, está esquematizada na figura 3.

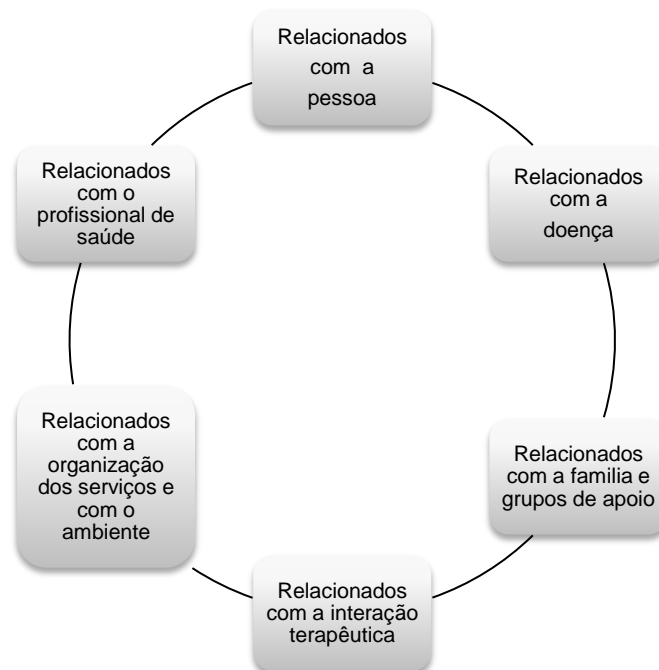


Figura 3 - Fatores que influenciam os comportamentos de adesão

Os *fatores relacionados com a pessoa* incluem aspetos sociodemográficos como a idade, o sexo, o nível sociocultural e os recursos económicos. Porém, destacam-se os aspetos relacionados com a razão para a ação, nomeadamente a cognição (conhecimentos acerca da doença), a aprendizagem (literacia, capacidades de aprendizagem), as crenças, a força de vontade (motivação), a tomada de decisão (iniciativa), a consciencialização e a adaptação (aceitação e adaptação ao estado de saúde). As experiências anteriores (positivas/negativas) também desempenham um importante papel. Em relação aos fatores sociodemográficos grande parte dos enfermeiros consideravam que os clientes mais jovens empenham-se mais nos cuidados à sua doença. Pelo contrário, pessoas de meia-idade (vulgarmente entre os 40 e os 60 anos) em plena fase ativa, com bastantes exigências familiares e laborais têm dificuldades em integrar a doença na sua rotina diária. Os clientes mais idosos tendem a negligenciar mais a sua doença. Os enfermeiros referem que os comportamentos de adesão diferem entre homens e mulheres, considerando que estas se mostram mais propensas a aderir à procura de cuidados de saúde, devido à maior proximidade que vão tendo ao longo da sua vida com estes serviços. A literacia, relacionada quer com o baixo nível de escolaridade, quer com a falta de conhecimentos relacionados com a doença, contribui também para os poucos cuidados dispensados à gestão da doença, por vezes ainda potenciada por dificuldades na aprendizagem relacionadas com problemas na compreensão e memorização das informações transmitidas pelos profissionais de saúde. Um bom nível sociocultural e económico foi associado a maior adesão, embora os enfermeiros relatem que, por vezes, não investem tanto na informação acerca de determinados aspetos da doença e do regime terapêutico, pois pressupõem que as pessoas já terão esses conhecimentos. As crenças, sobretudo as dificultadoras, também foram consideradas por todo o grupo como um dos aspetos que mais tem interferido nos cuidados à doença crónica. Aspetos volitivos foram igualmente considerados primordiais para o processo de envolvimento na gestão da doença e, de acordo com os enfermeiros, estes e as crenças representam os maiores desafios em termos de intervenções. A ausência de consciencialização, de aceitação do estado de saúde e de adaptação à doença, tem dificultado bastante a adesão pois a pessoa tende a “não se sentir doente”, desvalorizando a sua situação, não demonstrando disponibilidade para cuidar de si própria e para escutar as orientações dos técnicos de saúde. O saber experiencial que as pessoas vão construindo, resultado de vivências próprias ou de acontecimentos em pessoas conhecidas, podem interferir com os cuidados que dedica à sua saúde. Se experienciou positivamente ou negativamente determinadas situações poderá, mais facilmente, adotar ou rejeitar comportamentos saudáveis.

Quanto aos *aspectos relacionados com a doença* e com o tratamento, os enfermeiros referiram que a complexidade do regime interfere negativamente com a adesão pois, várias recomendações em simultâneo e muita medicação distinta com diferentes horários, tem tendência a confundir a pessoa, gerando por vezes comportamentos que poderão comprometer a saúde. A existência de doenças associadas, para além de complexificar o regime, impede frequentemente a adesão a algumas das suas dimensões. Por exemplo, os enfermeiros enfatizaram que a existência de problemas osteoarticulares tem dificultado consideravelmente a prática de exercício físico, no caso dos utentes com diabetes. Um outro aspeto da coexistência de doenças é que algumas delas, pela imagem que a pessoa lhe associa, podem ser priorizadas, minimizando os cuidados a ter com patologias como a diabetes. Os enfermeiros referem que, no caso da diabetes tipo 2 e da hipertensão há, frequentemente, uma desvalorização, pois as pessoas não sentem qualquer sintoma ou sinal, considerando-as como “uma doença de trazer por casa”. Isto remete-nos para a influência que as crenças em saúde têm na forma com os clientes gerem o seu regime terapêutico. Pelo contrário, uma doença do foro cardíaco ou do foro oncológico já tem uma representação mais negativa – devido à perceção de sintomas e à ameaça que representa - podendo, por isso, condicionar a pessoa a adotar uma postura mais responsável face ao regime aconselhado. O aparecimento de sequelas pode aumentar a perceção dos riscos, levando a maior investimento no controlo da patologia, embora podendo também dificultar esse controlo (ex. dificuldade na monitorização da glicemia por défice de visual, no caso das pessoas com diabetes). Os efeitos adversos da medicação também levam a que a pessoa abandone a medicação prescrita, principalmente se esses efeitos têm um impacto ou um significado negativo para a pessoa.

Este conjunto de fatores intrínsecos ao cliente e relacionados com a perceção da doença necessitam de ser equacionados na compreensão dos fenómenos de transição e nas abordagens terapêuticas (Meleis *et al.*, 2000). Para além dos fatores intrínsecos, importa equacionar fatores externos à pessoa.

Os *fatores relacionados com o suporte familiar* foram descritos pelos enfermeiros como sendo primordiais na gestão da doença. Embora fossem relatados alguns casos em que o (baixo) nível de suporte disponibilizado pela família ou a existência de algumas atitudes (dificultadoras) por parte de conviventes significativos possam constituir barreiras à adesão, os enfermeiros enfatizaram os benefícios do envolvimento dos familiares, bem como de grupos de partilha, na gestão da doença. Em síntese, os benefícios terapêuticos do envolvimento da família são notórios.

A natureza da qualidade e intensidade da interação do cliente com o enfermeiro é um aspeto decisivo para o sucesso das transições (Meleis *et al.*, 2000). Com efeito, a *relação profissional de saúde/utente* foi outro aspeto mencionado por todos os enfermeiros, como muito relevante para a produção de ganhos em saúde no âmbito da gestão do regime terapêutico. Desde a forma como o enfermeiro transmite a informação, nomeadamente o tipo de linguagem, que deverá ser adequada à compreensão do utente, até às estratégias utilizadas, como a capacidade de negociação e os reforços positivos fornecidos, foram reconhecidos como primordiais para que o utente se sinta à vontade com o enfermeiro e assim estabeleça uma relação de confiança.

Um outro aspeto que emergiu na discussão foi o impacto social do enfermeiro junto dos utentes. O reconhecimento por parte das pessoas do papel do enfermeiro e da importância da consulta de enfermagem também poderá contribuir para os comportamentos de adesão, pois se os utentes consideram o profissional competente terão mais probabilidade de seguir as suas recomendações. A questão do agendamento da consulta de enfermagem, visto existirem diferentes realidades nos vários centros de saúde (consulta agendada *versus* não agendada), emergiu das reflexões. Por princípio, o facto de o utente ter facilidade em contactar com o enfermeiro a qualquer altura, torna estes profissionais mais acessíveis e, portanto, mais próximos (significativos) para as pessoas.

A acessibilidade aos serviços de saúde devido a *fatores organizacionais* e a fatores geográficos também foi apresentado como um aspeto que influencia os cuidados de saúde, repercutindo-se na adesão ao regime terapêutico. Relativamente aos fatores organizacionais, tem-se verificado problemas na gestão dos recursos humanos, em que um número insuficiente de profissionais de enfermagem tem dificultado um acompanhamento mais sistemático da pessoa com doença crónica, interferindo negativamente no agendamento de marcação de consultas. Porém, as realidades são bem diferentes nos centros de saúde desta região, pois em alguns deles a marcação de uma consulta processa-se de uma forma célere, enquanto, em outros, o processo é bem mais moroso.

Também foi reconhecido que o método de trabalho pode ser limitador de um acompanhamento continuado e individualizado, isto porque ainda existem algumas unidades de saúde onde não está implementado o modelo de enfermeiro de família, podendo o utente ser atendido por vários enfermeiros.

Outros fatores que contribuem para que, os utentes falem às consultas e para que os profissionais não se possam deslocar ao seu domicílio, prendem-se com aspetos

financeiros (inerentes aos próprios serviços de saúde e ao próprio utente) e com as redes de transportes. De acordo com o relato dos enfermeiros, é frequente que, nas zonas mais rurais, haja uma diminuição efetiva dos transportes, principalmente nas férias escolares, que dificulta a deslocação aos serviços de saúde. Concomitantemente, a dispersão territorial da população foi apontada como um fator limitador na deslocação da equipa de saúde. Assim, estes aspetos, relacionados com o ambiente envolvente também foram indicados como barreiras a interações mais frequentes entre as pessoas e a equipa de saúde.

Por fim, os enfermeiros reconheceram que existem *fatores inerentes ao próprio profissional de saúde* que influenciam os cuidados prestados, podendo refletir-se nos cuidados que disponibilizam. Realçaram o papel das crenças do próprio profissional, referindo que, quando são diferentes das do utente, pode levar a uma possível desvalorização das crenças da pessoa. A valorização dos profissionais por determinadas componentes do regime terapêutico em detrimento de outras, como por exemplo, o regime medicamentoso, pode levar a que seja enfatizada esta vertente, levando o utente a priorizar esta componente e a negligenciar as outras. Os preconceitos do enfermeiro também interferem na sua prática podendo levá-lo a ter diferentes abordagens em pessoas com literacia diferente, o que por vezes pode conduzir a algum “desinvestimento” na relação. Do mesmo modo, face a uma pessoa que apresente dificuldades de aprendizagem, pouca motivação ou até um historial de gestão ineficaz, o profissional de saúde pode experimentar alguma desmotivação, comprometendo a qualidade dos cuidados. Neste domínio é importante, ainda, considerar os modelos e referenciais mobilizados na conceção de cuidados. Na realidade, por vezes, está mais em uso, uma lógica de conceção de cuidados predominantemente centrada na gestão dos sinais e sintomas da doença e no cumprimento das orientações técnicas de outros profissionais.

Um outro tópico de reflexão pretendia indagar se os *enfermeiros associam algum tipo de perfil às pessoas que habitualmente aderem às orientações* acerca do regime terapêutico. Não se verificou uma concordância acerca de um perfil específico de utente, tendo sido, no entanto, apontadas algumas variáveis que, na experiência do dia-a-dia dos enfermeiros, se têm revelado potenciadoras de comportamentos de saúde. No âmbito das doenças crónicas mais frequentes na consulta, os doentes com diabetes tipo 1 são os que revelam mais preocupação e mais cuidados com o controlo da doença, quando comparados com os diabéticos tipo 2. Estes últimos também parecem aderir mais do que as pessoas com hipertensão. Se a doença se encontra em fase aguda, com mais sintomatologia, e se também existe o aparecimento de complicações verifica-se uma

tendência para a pessoa aderir, gerindo mais eficazmente a sua patologia. Porém, estádios mais avançados da doença podem impedir a adesão. As pessoas que têm melhores condições socioeconómicas, maior escolaridade, maior capacidade de aprendizagem, que se mostram mais interessadas, que demonstram conhecimentos sobre as consequências da patologia e que questionam, participando ativamente na consulta, também aderem mais. Um aspeto que gerou alguma discussão foi a influência da variável sexo, havendo aqui diferentes experiências. A maior parte dos enfermeiros consideram que as mulheres aderem mais pois utilizam mais os serviços de saúde, têm mais competências e possuem um maior sentido de sacrifício. No entanto, também reforçaram que essa adesão depende das várias componentes do regime, onde os elementos do sexo masculino ou feminino podem comportar-se de forma diferente. O fator idade também foi referido, não reunindo acordo. As pessoas que têm um bom apoio familiar também são as mais propensas a aderir, assim como aquelas que reconhecem competências ao profissional que as aconselha.

Pretendíamos também refletir sobre *o papel do enfermeiro na promoção de comportamentos de adesão e as características do enfermeiro que podem facilitar a adesão*. A figura 4 resume as perspetivas que o grupo tem quanto ao papel do enfermeiro e às suas principais características, de forma a promover os comportamentos de adesão.

Papel do enfermeiro	Estabelecer parceria com o utente
	Delinear em conjunto objetivos exequíveis a curto prazo
	Promover estratégias de <i>coping</i>
	Priorizar/selecionar intervenções mais adaptativas
	Dotar o utente de capacidades
	Facilitar o acesso aos serviços de saúde
	Ouvir o utente
	Ser um “guia vigilante”, conforme necessário
	Ser um educador (informar sobre a patologia, o regime terapêutico)
	Ser negociador
	Conseguir motivar
	Saber elogiar
	Traduzir a informação do médico
	Orientar o utente
Características do enfermeiro	Aceitar o utente tal como ele é
	Adaptar-se ao utente e ao seu contexto específico
	Saber ouvir
	Ter capacidade para educar
	Possuir uma excelente postura profissional
	Possuir competências na comunicação (adequar comunicação às características do utente)
	Ter capacidade para negociar
	Ter capacidade para motivar
	Ser amigo
	Ser bom acompanhante (nas diferentes fases da vida do utente)
	Possuir competências técnicas
	Possuir competências científicas
	Ter treino e ser perito em trabalhar com pessoas com doença crónica

Figura 4 - Papel e características do enfermeiro na promoção da adesão ao regime terapêutico

Verificamos que, em geral, o grupo associou ao papel e às características que potenciam comportamentos de adesão nos seus clientes, alguns aspetos relacionados diretamente com as suas competências profissionais. No que diz respeito ao papel, estes utilizam preferencialmente verbos relacionados com a ação, enfatizando a função de estabelecer com a pessoa alvo dos cuidados uma relação de parceria, trabalhando em conjunto, no sentido de desenvolver com ela habilidades, ajudando-a a alcançar determinados objetivos. Assume, ainda, um papel de educador, negociador e orientador. Ouve o utente, elogia-o e facilita o processo adaptativo. Em relação às características inerentes ao enfermeiro destacam-se algumas competências de domínio relacional, técnico e científico e atitudes inerentes aos princípios humanistas, como o respeito e a aceitação do outro na sua singularidade.

Indagamos e refletimos com os enfermeiros sobre as suas possíveis *dificuldades em trabalhar com a pessoa com doença crónica*. Todos os grupos afirmaram sentir dificuldades em prestar cuidados à pessoa com doença crónica e referiram variados aspetos que, na sua prática diária, têm dificultado o acompanhamento destas pessoas. Estas barreiras foram relacionadas com aspetos organizacionais relacionados com os cuidados, aspetos inerentes à própria prática e aspetos relacionais (Figura 5).

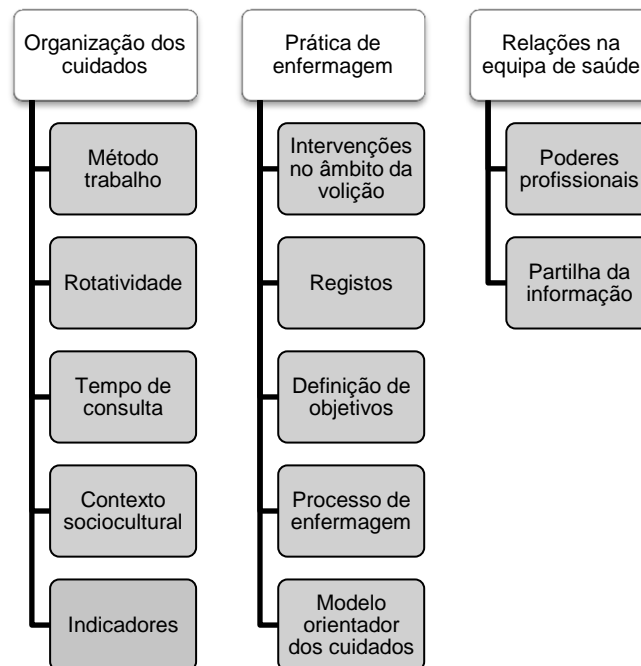


Figura 5 - Fatores que influenciam o trabalho dos enfermeiros na pessoa com doença crónica

Relativamente aos *aspetos organizacionais relacionados com os cuidados*, os enfermeiros referiram que o método de trabalho adotado tem interferido nos cuidados prestados à pessoa com doença crónica. Algumas unidades de saúde ainda não tinham implementado o modelo de enfermeiro de família, utilizando a distribuição do trabalho de enfermagem por tarefa. Esta organização, para além de comprometer a continuidade do acompanhamento do utente, impede que se estabeleça uma verdadeira relação terapêutica, pois os enfermeiros prestam cuidados parcelares aos utentes. Um outro aspeto referido prende-se com problemas relacionados com a contratualização dos enfermeiros, nomeadamente os contratos de trabalho com tempo reduzido, o que se reflete em uma grande rotatividade na equipa. O pouco tempo destinado à consulta de

enfermagem neste tipo de doentes também é um aspeto limitador. De acordo com estes profissionais, os tempos de consulta preconizados pelas instituições ainda continuam a ser ponderados com base no doente agudo, onde o enfermeiro só tem disponibilidade para se centrar na patologia, na vigilância dos seus sinais e complicações, descurando a adaptação da pessoa à doença e a forma como gere o seu regime terapêutico. A incompatibilidade entre o horário do centro de saúde com os horários das pessoas também foi um aspeto referido, sobretudo nos utentes que, devido aos seus afazeres profissionais, sentem dificuldade em deslocar-se aos serviços de saúde. Os poucos recursos ao nível do espaço nas unidades tornam difícil assegurar um ambiente de privacidade bem como a implementação de intervenções em grupo. Por sua vez, o desconhecimento do contexto socioeconómico e cultural da família também tem contribuído para as dificuldades que os enfermeiros sentem na promoção de comportamentos de adesão. A falta de recursos materiais, como por exemplo a falta de um carro para a equipa de saúde se deslocar, os poucos recursos humanos com um número insuficiente de enfermeiros bem como o método de trabalho tem dificultado as visitas domiciliárias e a vigilância do utente em contexto domiciliário.

Os problemas mais especificamente relacionados com alguns aspetos da *prática de enfermagem* têm também dificultado o trabalho com este tipo de clientes. Os enfermeiros referiram dificuldades na avaliação diagnóstica e nas intervenções a implementar, na abordagem motivacional e na definição de objetivos com e para o utente. Acresce que pela complexidade dos regimes terapêuticos, frequentemente os enfermeiros deparam-se com múltiplos focos de atenção o que contribui para a dificuldade em proceder a uma avaliação mais aprofundada das necessidades dos utentes e, como tal, em definir um plano de cuidados adaptado àquela situação específica. Este é um aspeto decisivo para a qualidade dos cuidados. Os modelos de formação (pré e pós graduada) dos enfermeiros também concorrem para as dificuldades experimentadas. Por exemplo, os enfermeiros mais velhos assinalam que toda a sua formação está (esteve) orientada para a gestão dos sinais e sintomas da doença e para a colaboração com o médico no tratamento das patologias. Por outro lado, reconhecendo a necessidade de documentar com propriedade os cuidados, vários enfermeiros reportam algumas dificuldades na utilização dos sistemas de informação e pouco domínio da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Como consequência, pode existir um défice na documentação, a qual pode pôr em causa a continuidade dos cuidados e a geração de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Um traço relevante do discurso dos enfermeiros radica no reconhecimento de algum défice de preparação em áreas relativas à problemática da gestão e adesão ao regime

terapêutico, como a abordagem motivacional ao utente, as suas crenças em saúde, os significados ou emoções associados à doença e seu controlo.

As relações dentro da equipa de saúde, nomeadamente os poderes profissionais e a forma como a informação é partilhada têm, por vezes, constituído um entrave a uma relação de cooperação profissional eficaz. A incipiente partilha da definição de objetivos e estratégias entre enfermeiros e médicos é pouco consonante com a promoção da adesão ao regime terapêutico nos clientes. Aliás, a escassa interligação entre os diferentes profissionais, com a falta de partilha de informação, obriga, em determinadas situações, a que esta seja veiculada pelo próprio utente, o que pode colocar em risco, em termos terapêuticos, as decisões do profissional de saúde e, consequentemente, os cuidados de saúde.

Refletindo especificamente sobre *os fatores relacionados com a organização do serviço que podem influenciar os comportamentos de adesão*, apesar dos enfermeiros já terem relatado a sua experiência sobre este aspeto nas perguntas anteriores, foi consensualmente expressa a necessidade de alterar algumas práticas que, embora de forma indireta, podem interferir na adesão. Assim, e mais concretamente, o grupo sugere:

- Adotar uma metodologia de trabalho baseada nos princípios subjacentes ao enfermeiro de família em detrimento do modelo de cuidados por tarefa;
- Criar um espaço físico adequado para as consultas de enfermagem;
- Aumentar o tempo médio de consulta (15 minutos, nestes casos, poderá ser manifestamente insuficiente);
- Agilizar o tempo de marcação da consulta bem como diminuir o tempo de espera no próprio dia do agendamento;
- Investir na proximidade dos cuidados, visto atualmente serem escassos os que são prestados em contexto domiciliário, junto da família do utente;
- Melhorar o processo de agendamento das consultas;
- Melhorar a coordenação e partilha de informação com os médicos.

Quando levados a refletir sobre *os conteúdos habituais que integram as consultas de enfermagem*, os enfermeiros referem efetuar o acolhimento através de uma entrevista onde colhem dados que permite identificar as principais necessidades do utente, realizam intervenções no âmbito da monitorização de parâmetros como a Tensão Arterial (TA),

Pulso, Peso (P), Índice de Massa Corporal (IMC), Perímetro Abdominal (PA), Glicemia Capilar e da vigilância do pé, no caso dos diabéticos. Após identificação dos diagnósticos de enfermagem, que mais adiante especificaremos, implementam as respectivas intervenções que poderão ser variadas mas que, frequentemente, incidem em ensinar sobre as complicações da doença, os fatores de risco, o regime terapêutico (medicação, exercício físico e alimentação) e treinar a autovigilância, de forma a levar o utente a assumir a responsabilidade pelo seu estado de saúde, dotando-o de conhecimentos e habilidades. Em simultâneo os enfermeiros incentivam e elogiam a adesão bem como os resultados obtidos, e assistem as pessoas com dificuldades em aderir.

Pretendíamos também obter informações sobre o modo como os *serviços de saúde se organizavam* em termos da frequência das consultas de enfermagem por ano, no caso específico das pessoas com diabetes e hipertensão, o espaçamento entre elas e o seu tempo médio de duração.

Apesar de existirem algumas diferenças entre as várias unidades de saúde, tanto as pessoas diagnosticadas com diabetes como com hipertensão têm cerca de 10 a 12 consultas por ano (embora também possam ter somente 2), por vezes com o espaçamento de 3 a 4 meses. Porém, em caso da alteração da medicação ou de não adesão, esse espaçamento podem diminuir para 1 mês, 15 dias ou até menos. Em média, as consultas têm um tempo de duração de 15 a 20 minutos.

Relativamente ao acompanhamento e presença de familiares na consulta de enfermagem verificou-se que, na maior parte das unidades, os utentes estão sozinhos, exceto no caso de idosos, pessoas com algum tipo de incapacidade ou dependência, ou casais em que ambos sofrem da mesma patologia.

Solicitamos aos enfermeiros que enumerassem os *principais focos de atenção* sobre os quais eles investem na consulta da diabetes ou hipertensão. Foram comuns a todos os grupos os focos: Adesão ao regime terapêutico; Gestão do regime terapêutico; Autovigilância; Perfusão tecidual; Aceitação do estado de saúde; Metabolismo energético e Hipertensão.

3.5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Verificamos que os enfermeiros, relativamente aos aspetos que influenciam os comportamentos no autocuidado, estão em consonância e espelham a sua preocupação face aos vários fatores que podem interferir na gestão da doença crónica. Foram

referidos os aspetos relacionados mais especificamente com o utente, com a doença, com o suporte familiar e com a inter-relação profissional. Nos aspetos relacionados com a pessoa, os enfermeiros encontram-se sensibilizados para a multiplicidade de variáveis que interferem na tomada de decisão do utente em relação aos cuidados com a sua saúde. No entanto, aquando da produção do discurso reflexivo, não houve alusão à influência do estado emocional, nomeadamente estados de ansiedade e de depressão, que poderão comprometer a volição e a capacidade para gerir o regime terapêutico. A este propósito, a literatura é consensual sobre o seu efeito nefasto nos comportamentos de autocuidado (Bouwman *et al.*, 2010; Lopes *et al.*, 2011; Khuwaja *et al.*, 2010), alertando os profissionais para a necessidade de diagnosticarem o mais precocemente possível as alterações de humor, de forma a proceder ao respetivo encaminhamento e/ou tratamento.

Outro aspeto que não foi referido no grupo, concretamente no que diz respeito à doença, prende-se com a sua cronicidade e com os custos/benefícios de determinados comportamentos. Sendo uma doença que irá acompanhar a pessoa ao longo da sua vida, portanto não curável, pode levar a um desinvestimento no seu controlo, aliado ao facto de que, muitos dos comportamentos para a gerir, obrigam a pessoa a empreender grandes esforços e alterações na rotina diária, percecionando assim mais custos do que benefícios em adotar novos estilos de vida. Isto porque os benefícios do seu controlo nem sempre são visíveis e percebidos a curto prazo.

A satisfação dos cuidados também não emergiu como uma variável importante na adesão ao tratamento, embora fossem referidas possíveis causas que podem interferir na qualidade dos cuidados, com consequências ao nível da satisfação por parte dos utentes. Sousa e colegas (2008) verificaram que maior satisfação com os profissionais de enfermagem predizia maior adesão ao regime terapêutico.

Evidenciou-se também alguma insatisfação por parte dos enfermeiros com os cuidados que podem disponibilizar aos seus clientes. Lopes e Lourenço (1998), utilizando os paradigmas sugeridos por Kéroutac e colaboradores (1994), nomeadamente a *categorização* (conceção de fenómenos de modo isolado, não inseridos no seu contexto e possuindo propriedades definíveis e mensuráveis), a *integração* (que perspectiva os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais, sendo valorizados os dados objetivos e subjetivos) e a *transformação* (que perspectiva os fenómenos como únicos, porém em interação com tudo os que o rodeia) concluíram que, embora os enfermeiros reconhecessem a pessoa como central no processo de prestação de cuidados, tinham dificuldade em satisfazer as necessidades que esta apresentava nos

aspetos que iam para além da doença. De facto, embora priorizassem os aspetos relacionais, na prática, não conseguiam concretizá-los. Da mesma forma, os enfermeiros verbalizavam um conjunto de intenções referindo, contudo, muita dificuldade em operacionalizá-las, evidenciando um certo descontentamento quanto à forma como prestavam os cuidados de saúde. Os autores concluíram que os enfermeiros atribuíam o papel central à pessoa comportando um problema para estes profissionais pois, se por um lado eles consideravam que deveriam agir nas várias vertentes da pessoa, que vão para além da doença, verificavam também que não estavam preparados para esta nova exigência, que frequentemente lhes impunha novas posturas a nível relacional. Acerca destes achados, interessa tecer algumas considerações sobre o que os enfermeiros consideram o ideal e o que fazem na realidade, remetendo a discussão para os modelos em uso e os modelos expostos (Basto, 1998; Silva, 2006). No âmbito da discussão, infere-se uma diferenciação entre as atividades inerentes ao exercício profissional que são desenvolvidas na prática diária com os clientes, daquelas que os enfermeiros aprenderam nas formações e que pensam ser as aconselháveis. Basto (1998) refere que constitui uma preocupação permanente o facto da qualidade dos cuidados prestados não refletir a evolução na formação dos enfermeiros, parecendo que este progresso não se traduz, em termos práticos, em melhores cuidados. Silva (2006) refere, ainda, que o modelo de enfermagem em uso influencia e é influenciado pelo modelo de assistência da equipa multiprofissional da unidade de cuidados. Este modelo é também afetado por muitos outros fatores contextuais que abordaremos ao longo da discussão.

Retomando os aspetos que interferem na adesão, emerge do discurso dos enfermeiros um conjunto de condições relacionadas com os utentes, mas também com os serviços de saúde, subjazendo a influência de algumas decisões políticas. A este propósito, já em 2002, a OMS alertava que os sistemas de saúde a nível mundial não estavam a conseguir acompanhar a tendência do declínio das doenças agudas e da ascensão das doenças crónicas, mantendo modelos de prestação de cuidados orientados ainda para as condições agudas, seu diagnóstico e tratamento. Um estudo desenvolvido por Berg e Bijl (2001), que pretendia investigar os métodos utilizados pelos educadores na área da diabetes, verificou que embora estes pretendessem aumentar a autoeficácia nos pacientes, na prática, o reforço da autoeficácia não era utilizado sistematicamente nos programas educacionais implementados na Holanda, existindo também pouca variedade nos próprios métodos adotados. No entanto, apuraram que o grupo tinha elementos que já se situavam num outro paradigma de cuidados mais centrado na pessoa do que na doença. No entanto, estes elementos admitiam que esta abordagem era muito mais difícil de implementar. As características da própria população, constituída em grande parte por

peessoas com baixa literacia, levavam a que os clientes esperassem que o enfermeiro lhes dissesse concretamente o que deveriam fazer. Fornecendo orientações mais diretivas a consulta também se tornava mais célere, permitindo cumprir o número de consultas agendadas (Berg & Bijl, 2001).

No sentido de contrariar este cenário pouco ajustado ao seguimento e “empoderamento” das pessoas com doenças crónicas, a OMS (2002) aponta como estratégia a implementação de intervenções simultâneas a nível macro (política), meso (organizações de saúde e comunidade) e micro (paciente), pois estas interagem e afetam-se umas às outras, num circuito interativo de retroalimentação. A consonância entre estes três níveis reflete-se na eficiência e eficácia do sistema de saúde e na melhoria da condição de saúde das pessoas. Concretamente a nível micro foram identificados dois grandes problemas: a) o défice na qualidade de interação com o cliente; b) a falta de autonomia por parte dos próprios clientes para melhorar a sua saúde. Os profissionais de saúde referiram que estes achados estão relacionados com a sua escassa preparação para oferecer aos seus clientes intervenções comportamentais que os ajudem a gerir melhor a sua saúde e a aumentar a adesão. Acrescentam ainda que não dispõem de tempo para investir na educação e para dar resposta às necessidades psicossociais da pessoa e da sua família (OMS, 2002). A nível meso os seis problemas identificados pela OMS (2002) reportam-se: a) à inaptidão para planear o tratamento na doença crónica; b) à pouca disponibilidade de ferramentas, associada à pouca perícia dos profissionais; c) a uma prática não orientada pelas evidências científicas; d) à escassa aposta na prevenção e promoção da saúde; e) aos sistemas de informação pouco organizados; f) à pouca conexão com os recursos da comunidade. Debruçando-nos mais detalhadamente sobre alguns destes problemas verificamos que figuram no discurso atual deste grupo de reflexão. O primeiro problema refere-se ao pouco vínculo que existe entre o profissional de saúde e a comunidade, mais especificamente para com a pessoa alvo de cuidados. A escassez ou irregularidade nas visitas domiciliárias impede o reconhecimento do meio natural em que a pessoa gere a sua saúde, impedindo-a de ter acesso a cuidados compreensivos e integrados (OMS, 2008). Por outro lado, o enfoque na doença e não na pessoa que tem a doença, limita o desenvolvimento de uma relação terapêutica. O segundo problema remete para a aposta, que ainda tem prevalecido em modelos da prática, direcionados para o tratamento agudo, limitando o desenvolvimento de ferramentas e técnicas por parte dos profissionais de saúde que auxiliem os clientes na autogestão da doença. Desta forma os profissionais não desenvolvem ou têm acesso a habilidades para atuar de um modo eficaz (OMS, 2002). Um estudo desenvolvido por Pereira e Costa (2007) sobre os cuidados de enfermagem a idosos em contexto

domiciliário encontrou várias limitações à prestação de cuidados de excelência. A rotatividade dos enfermeiros foi a primeira limitação apontada pois a descontinuidade temporal dos cuidados impedia uma abordagem sistémica, sistemática e sistematizada. A metodologia de trabalho centrada na tarefa também foi sugerida como limitadora pois coíbe que o enfermeiro tome como alvo a unidade familiar, centrando-se somente em determinado problema específico. Dificuldades na comunicação e no trabalho em equipa, também foram mencionadas como um obstáculo a bons cuidados de saúde. Por fim, a ausência de guias orientadores da prática, a inexistência de um processo clínico único que impede a partilha de informação entre os diferentes profissionais, bem como a falta de supervisão e avaliação da qualidade dos cuidados prestados, potenciam o descontentamento dos técnicos de saúde e dos próprios utentes. Prosseguindo a explanação da OMS (2002) acerca do terceiro problema, este refere-se à pouca disponibilidade para a prevenção, isto porque a maioria das patologias crónicas são evitáveis. Os profissionais desperdiçam oportunidades aquando das interações, para ensinar, motivar e trabalhar com as pessoas habilidades, para que estas tenham uma decisão informada acerca dos seus comportamentos. A denominada consulta de rotina, frequentemente, não contempla estes aspetos. Também se tem verificado que os sistemas de informação nem sempre estão organizados ou adequados às necessidades. Considerando que estes constituem um pré requisito fundamental para “um tratamento coordenado, integrado e orientado por evidências científicas” (OMS, 2002, p. 38), a sua ausência pode levar a que os profissionais atuem de modo pontual, não dando continuidade a um plano terapêutico. Para além de permitirem a monitorização das tendências em saúde, das opções clínicas, entre outras vantagens, concretamente na doença crónica, o registo de informação permite monitorizar alterações no quadro clínico bem como a adesão ao tratamento, permitindo adequá-lo, de acordo com a postura que o paciente vai evidenciando. Por último, verifica-se que existem poucos vínculos formais entre os recursos existentes na comunidade e as organizações de saúde. Estes recursos, habitualmente em países com baixo poder económico, podem representar uma mais-valia, apoiando as pessoas com doença crónica (OMS, 2002).

A nível macro também se verificou que os enfermeiros relataram a falta de recursos humanos e infraestruturas para responder às exigências dos indicadores preconizados pelas próprias unidades de saúde, mas sobretudo das necessidades que as pessoas evidenciam na adaptação e gestão da sua doença. De facto, a dotação de pessoal está frequentemente baseada em intervenções de carácter biomédico e a alocação dos recursos financeiros podem favorecer os cuidados especializados ou hospitalares, em detrimento dos cuidados de saúde primários. A propósito da escassez de recursos

humanos, nomeadamente nos profissionais de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2013) verificou, ao longo dos últimos anos, uma distribuição assimétrica dos seus membros nas diferentes unidades do Serviço Nacional de Saúde, encontrando 34.438 dos enfermeiros a exercer funções em hospitais e somente 7.662 a trabalhar nos cuidados de saúde primários. Acrescentamos que as atuais políticas em vigor na contratação do pessoal de saúde, originando a rotatividade dos profissionais nos locais de trabalho, colocam em risco, na nossa perspetiva, aspetos importantes na continuidade dos cuidados. Sobre este aspeto citamos um relatório emitido pela OMS (2008) que se refere a “um prestador habitual e de confiança como ponto de entrada” explicando que “a compreensividade, a continuidade e a orientação para a pessoa são fatores críticos para garantir melhorias nos resultados de saúde. Mas estão incompletos sem uma relação estável, pessoal e duradoura (...) entre a população e os profissionais [dos cuidados de saúde primários] que são o seu ponto de entrada para o sistema de saúde.” (OMS, 2008, p. 55). Deste modo, esta organização alerta para a necessidade de reforçar relações entre os profissionais e as pessoas alvo de cuidados, relações essas que exigem algum tempo na sua construção. Baseada em várias investigações a OMS (2008) aponta que este processo de construção pode exigir entre dois a cinco anos para poder dar resultado, isto é, para que se estabeleça uma relação de empatia, respeito, compreensão e confiança entre a equipa de saúde e o cliente. Acresce que estes resultados comportam outros igualmente benéficos, quer para o cliente, quer para o sistema de saúde. Os clientes tendem a sentir-se mais satisfeitos, aderem mais às recomendações, recorrem menos à urgência e são hospitalizados menos frequentemente, quando contam com os mesmos profissionais para as suas diversas necessidades. Por sua vez os profissionais, porque conhecem melhor as pessoas, poupam no tempo de consulta e nos exames solicitados, estando mais disponíveis para a promoção da saúde. Fruto do reconhecimento social resultante desta interação, a motivação profissional também pode ser melhorada (OMS, 2008).

Relativamente à reflexão do grupo acerca da pouca adequação dos indicadores, na atual reorganização do Serviço Nacional de Saúde, o processo de contratualização com os profissionais de saúde, vem permitir uma gestão rigorosa e equilibrada, adaptada às necessidades das populações visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde e consequentemente maiores ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2012). A utilização de indicadores em diferentes contextos nos processos de contratualização deve promover e suportar as boas práticas na prestação de cuidados de saúde (Administração Central do sistema de Saúde, 2010). No entanto, Melo e Sousa (2011) alertam para o facto de que limitar a atividade profissional ao cumprimento dos indicadores poderá

descentrar os cuidados de saúde do cidadão. De acordo com estes “... *ao restringir a atividade avaliada pelos indicadores a uma pequena área da prática clínica e ao contratualizar metas com valores muito elevados, pode conduzir ao afunilamento e à focalização da atividade clínica, com eventuais consequências negativas para os utentes*” (p. 28). Um outro aspeto é que os indicadores atualmente se centram mais no processo (*outputs*) do que nos resultados (*outcomes*), não representando especificamente os ganhos em saúde, mas antes dados do processo e alguns resultados intermédios (Escola Nacional de Saúde Pública, 2010; Melo & Sousa, 2011). A necessidade de evoluirmos para a utilização de indicadores mais sensíveis aos cuidados de enfermagem, numa lógica de complemento aos indicadores de saúde habituais, é enfatizada e assinalada por Pereira (2007). A tónica colocada em indicadores de processo, no particular dos cuidados de enfermagem, pode contribuir para algum desânimo nos enfermeiros que vêem o seu trabalho muito reduzido à frequência com que realizam determinadas intervenções, por oposição aos ganhos em saúde.

Um outro aspeto que ressalta da reflexão dos enfermeiros e que também contribui para algum “desencanto” com a sua prática prende-se com algum desrespeito que estes experienciam pelos restantes profissionais de saúde. Este fenómeno foi objeto de análise por Hall (2005), quando examinou o modo como a cultura dos diferentes grupos profissionais pode constituir uma barreira para o trabalho em equipa. Isto porque as profissões relacionadas com a saúde, tal como as restantes, evoluíram em contextos históricos próprios, submetidas a forças sociais específicas que foram formando a sua identidade, valores, esfera de atuação e papel na assistência aos utentes. O papel do género e das classes sociais perpetuam ainda algumas fricções e conflitos entre os grupos profissionais. Assiste-se, atualmente, a um esforço por parte dos grupos profissionais, no sentido de limitar as suas fronteiras de atuação. Isto porque algumas realidades vão mudando o que obriga a novos “reposicionamentos” na relação profissional. A este propósito Kulys e Davis (1987, cit. por Hall, 2005) referem que a enfermagem evoluiu como uma profissão, de forma que os enfermeiros se tornaram responsáveis pelos seus próprios atos. Esta evolução tem desafiado claramente a autoridade e os limites da medicina (McCallin, 2001, cit. por Hall, 2005). Para além dos fatores histórico-sociais, o processo educacional pode ajudar a explicar alguns acontecimentos que surgem posteriormente na relação entre os diferentes profissionais de saúde. Refletindo especificamente sobre a relação entre enfermeiros e médicos, as diferenças em ambientes de aprendizagem para os estudantes também podem refletir a homogeneidade da cultura dentro de cada profissão. Os médicos tradicionalmente aprendem de forma mais independente, em ambientes académicos altamente

competitivos. Os enfermeiros aprendem desde cedo a trabalhar como uma equipe, discutindo coletivamente os problemas e fomentando uma troca eficiente de informações para garantir a continuidade dos cuidados apropriados aos seus utentes. Ainda na formação universitária raramente os estudantes interagem com colegas de outro grupo profissional, mantendo-se fechados em si mesmo. A inexistência de relações interprofissionais enquanto estudantes impede o desenvolvimento destas relações de parceria e de respeito pelo papel dos outros, perpetuando práticas não colaborativas (Hall, 2005). Numa revisão sistemática desenvolvida por Neves (2012) conclui-se a necessidade de investir no trabalho em equipa, tendo por base o respeito pelo papel de cada um, a clareza dos objetivos e o comprometimento e participação sistemática de todos os profissionais. Neste estudo fica claro que nem sempre o papel dos enfermeiros é explícito, existindo por parte dos outros profissionais alguns estereótipos, apesar de os utentes admitirem a sua importância na acessibilidade aos serviços de saúde, reconhecendo-lhes competências comunicacionais e culturais. A autora reforça ainda a necessidade de existir uma clarificação do papel do enfermeiro junto da população e de outros prestadores de cuidados, evidenciando não só as suas funções em termos de cuidados terapêuticos, mas também de cuidados que promovem no cliente o bem-estar, a capacidade para tomar decisões sobre a sua saúde, o seu empoderamento (Neves, 2012). Na nossa perspetiva, esta dissonância entre a equipa multidisciplinar, frequentemente encoberta, pode refletir-se na qualidade dos cuidados de saúde, em resultado da inexistência de planificação das intervenções entre os diversos profissionais, desaproveitando os diferentes contributos que poderiam, se conjuntamente alinhados, concorrer para a melhoria dos cuidados e para a satisfação do cliente. Partilhamos a opinião de Sargeant, Loney e Murphy (2008) quando referem que a capacidade e a implementação na prática do trabalho em equipa, não surge espontaneamente, exigindo investimento. Torna-se essencial que os diferentes profissionais comuniquem, clarifiquem o seu papel, partilhem objetivos e que todos respeitem a área de ação dos outros elementos, tendo consciência que, embora com distintas competências e responsabilidades, todos têm como um fim único prestar cuidados de saúde de qualidade, que promovam o bem-estar da pessoa, família e comunidade. Porém é necessário que inicialmente os grupos profissionais avaliem a sua própria prática bem como do seu papel na equipa, pois só assim poderão compreender e demonstrar atitudes de respeito pelos outros. A este propósito cabe-nos refletir sobre outros aspetos que poderão ajudar a perpetuar aquilo a que Heimar Marin (cit. por Sousa, 2006) chama de profissão invisível, onde se torna impossível analisar a contribuição da enfermagem na saúde de uma população devido à falta de documentação. Sousa (2006) refere-se à existência de um “inconsciente coletivo” (p. 21) perante os registos de enfermagem, que

oculta o verdadeiro desempenho dos enfermeiros. Ainda, segundo o autor, assiste-se a uma predominância de indicadores de produtividade focados na vertente curativa e a uma escassez de indicadores de resultado, que impossibilitam a comparabilidade dos dados bem como a identificação das necessidades da população quanto a possíveis cuidados de enfermagem. Acresce ainda a dificuldade dos enfermeiros em nomear, utilizando uma linguagem comum, as condições de saúde que requerem intervenções de enfermagem (Sousa, 2006). Estes aspetos, para além de contribuírem para manter a profissão pouco visível, podem impedir a continuidade dos cuidados, pondo em risco a melhoria na sua qualidade. Acerca do valor da informação para a continuidade dos cuidados é consensual a sua utilidade na prática diária dos enfermeiros para tomar decisões acerca do planeamento, implementação e avaliação dos cuidados (Pereira, 2007; Silva, 2006; Sousa, 2006). A sua importância para a tomada de decisão é explicitada por Sousa (2006) quando refere que esta “é um conjunto de dados, colocados num contexto útil e de grande significado que, quando fornecido atempadamente e de forma adequada a um determinado propósito, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu recetor, ficando este mais habilitado para desenvolver determinada atividade ou decidir face a um determinado contexto.” (p. 34). Embora seja inequívoca a utilidade da informação, a verdade é que quando ela é excessiva ou redundante, pode complicar o processo de tomada de decisão, sendo considerada útil somente a que contribui para o processo e resultado dos cuidados (Tierney, 2001, cit. por Sousa, 2006). Torna-se assim um desafio para os enfermeiros recolher e transformar os dados em informação e essa informação em conhecimento (Sousa, 2006). Aliás, Pereira (2007) refere que os conceitos de dados e conhecimento surgem associados ao conceito de informação. Considerando que a enfermagem tem evoluído partindo de um exercício profissional numa perspetiva essencialmente executiva para uma lógica progressivamente mais conceptual (Pereira, 2007; Silva, 2006) torna-se imperioso uma “necessidade de permanente procura, recolha, análise e processamento de dados, tendo por finalidade a formulação de inferências diagnósticas, a prescrição de intervenções e a definição de resultados, que significam, em si mesmo, a progressão dos dados até ao conhecimento, no quadro da tomada de decisão clínica.” (Pereira, 2007, p. 53). Ainda de acordo com este autor, a progressão dos dados até ao conhecimento faz-se em duas dimensões: ao nível da tomada de decisão clínica e ao nível da gestão organizacional da informação resultante dos cuidados, que é documentada nos sistemas de informação em enfermagem (SIE) (Pereira, 2007).

No entanto, tal como refere Silva (2006), a atividade de documentar os cuidados de enfermagem não se afigura como muito aliciante para os enfermeiros, embora estes

estejam conscientes da necessidade de documentar bem como da sua obrigação legal para o fazer. Vulgarmente os enfermeiros lamentam-se com o tempo que despendem ao documentar os cuidados, pois consideram que estes os afastam do seu principal objetivo, a relação com o utente. Silva (2006) alerta ainda para que, perante escassos recursos, que obriguem a que o profissional tenha que fazer uma gestão criteriosa do tempo, é provável que o processo de documentação seja preterido. Embora no grupo de discussão os enfermeiros não tenham referido o aspeto temporal como limitação, a nossa prática nas várias unidades de saúde têm evidenciado esta dificuldade. Face à reflexão que fizemos com os enfermeiros atrevemo-nos a avançar para a possibilidade do problema se situar a montante, pois os enfermeiros referem alguma dificuldade no processo de tomada de decisão, reflexo da dificuldade em conciliar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar num determinado contexto, fulcral na resolução de problemas difíceis (Silva, 2006). De facto, movendo-se em situações de grande complexidade, como no caso da pessoa com doença crónica, onde os cuidados são tão singulares, e como tal complexos, como a própria pessoa, os enfermeiros vêm-se confrontados com a necessidade de desenvolverem o seu pensamento crítico em enfermagem, claramente relacionado com um determinado modelo conceptual (ibidem) que lhe subjaz. Assim, à luz do modelo que norteia a sua prática, isto é, de acordo com o modelo em uso, os enfermeiros procuram os dados considerados mais relevantes para planificar os cuidados. Se esse modelo se aproxima do modelo biomédico, é natural que o profissional se centre mais em aspetos relacionados com a doença, se o seu foco incide mais sobre os processos adaptativos, então provavelmente os seus focos de atenção recairão no domínio da pessoa (Silva, 2011). No âmbito das suas competências, concretamente no domínio da prestação e gestão de cuidados, o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem, diagnosticando e priorizando os problemas, recolhendo e analisando os dados mais relevantes que lhe permitam estabelecer objetivos e um plano de cuidados fundamentado em parceria com o cliente (OE, 2012). O processo de enfermagem contempla cinco passos (a avaliação inicial; o diagnóstico; o planeamento; a implementação e a avaliação final) que constituem um método eficaz de organizar os processos de pensamento, que permitem a tomada de decisão clínica, resolução de problemas e prestação de cuidados adequados e de qualidade (Doenges & Moorhouse, 2010). No entanto quais os dados que se devem recolher na avaliação inicial, quais os diagnósticos de enfermagem? A dificuldade que os enfermeiros deste grupo referem com o processo de enfermagem poderá estar relacionada com o modelo conceptual em uso. Acerca deste aspeto, e tendo em consideração o que Silva (2006) escreve acerca do modelo em uso *versus* modelo exposto, e remetendo-nos especificamente para os enfermeiros que integram o grupo de discussão, estaremos perante uma certa dicotomia

face ao que eles pensam ser o objeto da enfermagem e o que praticam no contexto de trabalho, embora a sua área de atenção se divida entre focos relacionados com a pessoa e outros relacionados com a função. Também verificamos que no grupo existem profissionais que se afastam do modelo tradicional centrado na doença e que revelam algumas características vulgarmente associadas aos bons "*critical thinkers*", pois detetam e representam um problema no seu domínio a um nível mais profundo, despendem mais tempo a analisar o problema e possuem uma excelente capacidade de autoavaliação (Glaser & Chi, cit. por Silva, 2006). No entanto, quando os confrontamos com a documentação que produzem acerca da sua tomada de decisão, eles próprios assumem dificuldades em traduzir o seu processo de pensamento, os diagnósticos que emergem, bem como as intervenções que implementam para um suporte documental. Fica-nos, no entanto, a dúvida se, quando se referem às dificuldades que têm com o processo de enfermagem estarão a referir-se à dificuldade em registar os dados em suporte próprio, neste caso no SAPE, ou realmente às dificuldades na conceção de cuidados (Silva, 2011). Silva (2011) desenvolveu um estudo com estudantes finalistas em enfermagem, onde pretendeu indagar se a intencionalidade subjacente à conceção de cuidados contribuía para a diminuição do distanciamento entre os modelos em uso na prática, e os modelos expostos na teoria de enfermagem. Verificou que os estudantes revelavam maior domínio do conhecimento formal quando concebiam cuidados na perspetiva da gestão de sinais e sintomas da doença. De facto, embora houvesse intenção destes futuros enfermeiros em conceber cuidados focados na "resposta humana às transições", portanto na pessoa, a verdade é que se deparavam com inconsistências durante o processo de enfermagem, desde logo na avaliação inicial. Assim, Silva refere que, embora os estudantes pretendam ir para além da abordagem centrada no modelo biomédico, a falta de sistematização, de modelos operativos e de conhecimento formal podem constituir entraves para uma aproximação dos modelos em uso dos modelos expostos.

Basto (1998) refere que, ainda é frequente encontrar profissionais de enfermagem que fazem referência ao processo de enfermagem como sendo um impresso onde se registam os dados colhidos, não o considerando como uma forma de raciocínio, que é, na verdade, o que o caracteriza. Hoje em dia, o processo de enfermagem acaba por ser confundindo com os SIE, sendo retirado do território dos processos de pensamento para a tomada de decisão clínica (Pereira, 2007). Em meados dos anos noventa Basto (1998) já apontava uma outra justificação para as dificuldades que os enfermeiros apresentam na documentação produzida. Verificou que, mesmo as enfermeiras que justificavam os problemas com os dados observados e que conseguiam ir mais longe no seu processo

diagnóstico continuavam a apresentar registos semelhantes às outras colegas. O efeito de grupo parecia exercer alguma pressão, bem como o receio de registar de forma diferente. De modo a ultrapassar este problema Basto (1998), aludindo ao método que se assemelha à reflexão falada, sugere que se peça às enfermeiras que pensem em voz alta sobre o que fariam e porque o fariam, perante determinada situação, isto é, que as equipas analisem os cuidados de enfermagem que prestam, decidindo quais os que realmente pretendem prestar.

Estes aspetos que aqui abordamos podem, na nossa perspetiva, ocultar em termos de documentação dos cuidados, o investimento efetuado junto do cliente, pois os enfermeiros optam por registar somente os diagnósticos e intervenções onde se “movem” com relativa facilidade. Diagnósticos no âmbito das crenças, do envolvimento, da consciencialização, do suporte, entre outros, embora possam ser incluídos nos cuidados, não são documentados. Estaremos perante um paradoxo sobre o que os enfermeiros fazem e o que realmente documentam.

Retomando a ideia de Pereira (2007) e de Silva (2006), o conjunto de aspetos a documentar, resultante do percurso evolutivo da profissão e que se traduz num alargamento das funções do enfermeiro, obriga a que estes não circunscrevam o que documentam a uma lógica meramente executiva, característica de um exercício profissional mais retrogrado. Os enfermeiros deste grupo encontram-se conscientes desta realidade, apontando justificações como: o pouco conhecimento em algumas áreas que os impede de avançar; alguma indefinição no seu papel, percecionando que alguns focos (nomeadamente no âmbito das emoções) poderão ser “*complicados de abordar*”. Partilhando da ideia que os SIE devem dar visibilidade ao exercício profissional dos enfermeiros e que devem, para além de dar resposta ao modelo em uso, perspetivar “o desenvolvimento das práticas no sentido dos modelos conceptuais expostos”, servindo como “pretextos para gerar mudanças no próprio modelo em uso no contexto das práticas” (Silva, 2006, p. 24), parece-nos que seria importante, num futuro próximo, trabalhar com o grupo avançando para a discussão e reflexão sobre novas abordagens à pessoa com doença crónica, bem como a possibilidade de as documentar em suporte informático. Assim, ressaltamos também que este subaproveitamento na utilização das tecnologias da informação e dos computadores (TIC) poderá estar relacionado com a ferramenta em si, mas também, e tal como outros autores têm alertado (Pereira, 2007; Silva, 2006; Sousa, 2006), com aspetos relacionados com variadas conceções e modelos de cuidados (e portanto com os focos de atenção priorizados) e com a disposição para a mudança.

Sobre a existência de um possível perfil no utente, favorecedor de comportamentos de adesão, a experiência em contexto de trabalho destes profissionais não evidencia um conjunto de aspetos que possam, de algum modo, predizer com algum grau de certeza que essa pessoa vai ou não aderir ao regime terapêutico. Porém, os enfermeiros acreditam que algumas variáveis parecem facilitar a adoção destes comportamentos. Assim, possuir um bom nível socioeconómico, uma escolaridade elevada, conhecimentos adequados, capacidades de aprendizagem, motivação, envolvimento na situação, apoio familiar e confiança no profissional de saúde, poderão potenciar a adesão. A este propósito relembramos Backman e Hentinen (1999) que fazem referência a quatro tipos de perfis de autocuidado: negligente, independente, formalmente guiado e responsável, que estarão relacionados com a gestão que a pessoa faz da sua saúde. Os últimos dois, pelas características das pessoas parecem favorecer uma gestão mais eficaz, embora exigem diferentes intervenções por parte da equipa de saúde (Backman & Hentinen, 1999; Bastos, 2012). Bastos (2012) desenvolveu um estudo onde pretendia explicar a gestão da doença e do regime terapêutico e constatou a existência destes tipos de perfis, designados pela autora como “estilos de gestão”. Verificou que os diferentes estilos de gestão estão relacionados com as características da personalidade, com o ambiente sociocultural e familiar, com o modo como a pessoa se posiciona na vida, com os cuidados que tem com a sua saúde, mas também com a perceção de vulnerabilidade e dos significados atribuídos à doença. Desta forma, torna-se essencial que o enfermeiro adeque as terapêuticas de enfermagem de acordo com o estilo (perfil) de gestão do regime terapêutico que a pessoa adota (Bastos, 2012). Por exemplo, perante um cliente com predomínio de um estilo responsável, intervenções do âmbito do “ensinar” e “educar” poderão ser mais eficazes, enquanto no estilo negligente as intervenções poderão ser orientadas para a recodificação de significados, promovendo a consciencialização (Bastos, 2012).

O papel dos enfermeiros na promoção de comportamentos de adesão motivou a discussão. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009), o mandato social bem como o desempenho de papel na equipa de saúde, coloca os enfermeiros numa situação privilegiada para planear com os clientes a gestão de regime terapêutico, frequentemente derivado das orientações de diferentes profissionais e nem sempre ajustado à condição do utente. Tendo como foco a pessoa/família ao longo do seu ciclo vital, sujeita a processos de transição, o enfermeiro centra-se nas respostas das pessoas a esses processos, para que estas desenvolvam estratégias adaptativas, minimizando fatores de risco e/ou o impacto da doença, promovendo o equilíbrio possível e desejável, de forma a ajudar a manter ou reajustar os projetos de saúde e a qualidade de vida dos clientes. O

enfermeiro ajuda o cliente a integrar o regime terapêutico no seu dia-a-dia, transmitindo-lhe informações relevantes, ajudando-o no seu processo de consciencialização e envolvimento bem como na identificação de obstáculos, mas também de fatores facilitadores a essa transição. Procura-se que o cliente interaja com a equipa de saúde e com o meio envolvente, adquirindo confiança em si mesmo e desenvolvendo novas competências, incluindo a gestão da doença na sua rotina, nos seus estilos de vida (Meleis *et al.*, 2000). Para tal, o enfermeiro deve possuir um leque de competências que abarquem os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da prestação e gestão de cuidados e do desenvolvimento profissional e que, expressando-se através de conhecimentos, habilidades e capacidades, lhe permitem identificar as necessidades dos seus clientes, intervindo nos diferentes contextos e nos vários níveis de prevenção (OE, 2012). Adotamos o conceito de competência definido pela DGS (2013), onde se refere que esta resulta da atitude do profissional de saúde bem como da sua capacidade de integrar os conhecimentos conjugados com as boas práticas da profissão na sua prática do dia-a-dia e na resolução dos problemas. Neste documento são referidas cinco competências que os profissionais que trabalham com pessoas com diabetes devem ter: a primeira está relacionada com a *informação ao cidadão*, que se prende com a necessidade de proporcionar informação necessária ao utente ou cuidador/familiar para que estes possam exercer os seus direitos de participar e decidir sobre a sua situação; a segunda diz respeito à *educação terapêutica, educação para a saúde, aconselhamento e medidas de prevenção*, em que o profissional deve assegurar a realização de atividades educativas, no sentido de determinar o risco, de prevenir o desenvolvimento da diabetes e de promover a saúde; a terceira está relacionada com a comunicação/entrevista/consulta clínica e enfatiza a necessidade do profissional assegurar uma comunicação eficaz, adaptada a cada utente; a quarta aborda a *capacidade para tomar decisões clínicas, de diagnóstico e terapêutica*, assegurando cuidados de qualidade e baseados na melhor evidência científica; a quinta competência refere-se à necessidade de prestar *cuidados assistenciais de continuidade*.

A relação encontrada entre as características e as funções deste grupo profissional sugere que não estamos perante características inatas à pessoa, mas antes atributos que resultam da formação destes profissionais e tal como descreve o documento acima referido, se traduzem em competências que deverão permitir o desempenho desejável nos cuidados assistenciais. Não esquecendo que determinadas características da personalidade da pessoa podem ajudar a que algumas competências possam ser mais facilmente adquiridas enquanto enfermeiro, não nos encontramos, segundo a opinião deste grupo, perante a necessidade de termos profissionais com características próprias

para poderem exercer, junto do doente crónico, cuidados de qualidade. No entanto, todos são unânimes na necessidade de formação na abordagem à pessoa com patologia crónica e de guias orientadores de uma boa prática. As normas de orientação clínica (NOC) também designadas por *guidelines* facilitam o exercício profissional, permitindo que os enfermeiros atuem de acordo com a melhor evidência científica disponível. Neste sentido, a DGS emana frequentemente normas, e mais recentemente publicou documentos sobre processos assistenciais integrados, que colocam o cidadão no centro do sistema e que, numa abordagem multidisciplinar, integral e integrada orientam os profissionais de saúde para a prestação de atividades assistenciais de qualidade, respeitando o uso racional das tecnologias existentes (DGS, 2013). O Processo Assistencial Integrado da Diabetes *Mellitus* Tipo 2 (PAIDM2), versão portuguesa, surge alinhado com o Programa Nacional para a Diabetes e constitui uma ferramenta que abarca os vários componentes que interferem nos cuidados de saúde, refletindo a evidência científica atual e reunindo consensos da comunidade científica nacional (DGS, 2013). Os catálogos CIPE®, promovidos pelo ICN, e traduzidos e adaptados pela Ordem dos Enfermeiros, embora mais direcionados para os sistemas de informação, especificam enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados direcionados especificamente para um grupo de clientes. Não pretendendo substituir a autonomia da tomada de decisão dos enfermeiros, estes catálogos constituem um instrumento útil para integrar a CIPE® na prestação de cuidados, contribuindo para a sua documentação e reflexão sobre a prática (OE, 2009).

Refletindo sobre a ação dos enfermeiros na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes, pretendemos indagar quais os focos de atenção que habitualmente orientavam a sua prática. Verificamos que estes se inseriam no domínio dos *processos corporais* (perfusão tecidual, metabolismo energético, hipertensão, obesidade), das *razões para a ação* (aceitação do estado de saúde, autocontrolo: infeção) e da *ação realizada pelo próprio* (adesão ao regime terapêutico, gestão do regime terapêutico, autovigilância, precauções de segurança: pé diabético).

Resultados semelhantes foram encontrados por Pereira (2007) onde conteúdos clínicos do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) relativos às dimensões *Autocuidado* e *Adesão* surgiram com maior frequência na documentação produzida, no contexto dos cuidados de saúde primários e no particular dos grupos de risco. Concretamente nos Grupos de Risco, onde está inserida a consulta de diabetes e de hipertensão e Saúde do Adulto, os 4 focos de atenção mais frequentes situavam-se no âmbito da área da *Adesão* (por ordem descendente do valor percentual: *Gestão do regime terapêutico*, *Adesão à vacinação*, *Autovigilância* e *Adesão ao regime terapêutico*).

Emergiram também no âmbito da *Adaptação* dois focos de atenção, a *Aceitação do Estado de saúde* e o *Autocontrolo: infeção*. Quando o autor analisou a distribuição dos casos provenientes destas consultas por dimensões, verificou que a *Adaptação* e a *Aprendizagem de capacidades do cliente*, pela diminuta percentagem que apresentavam face à *Adesão* e à *Aprendizagem cognitiva* do cliente, constituíam “aspectos dos cuidados situados nos territórios do exposto” (p. 327).

Em termos das intervenções que mais habitualmente são implementadas na consulta, os enfermeiros referem como mais frequentes aquelas que são do tipo *Observar* (monitorizar, vigiar); do tipo *Informar* (instruir, treinar) e do tipo *Atender* (assistir, elogiar). Um estudo desenvolvido por Ferrito (2010) verificou, junto dos enfermeiros, que as intervenções que reuniram consenso para serem implementadas na consulta de enfermagem na DM tipo 2 foram: a avaliação da TA, pulso, peso, altura, perímetro abdominal, glicémia e HbA1c; a observação e pesquisa de alterações nos pés e a realização de ensinios sobre a autogestão da doença. Todavia a autora também verificou que, pelo menos no domínio do exposto, os enfermeiros valorizavam a educação para a autogestão da doença alinhando-se assim com as normas de orientações clínicas (Ferrito, 2010). Como se percebe, a tónica está colocada na “vigilância”, complementada com “os ensinios”, que surgem numa lógica de disponibilização de informação e pouco de desenvolvimento do próprio cliente. Corre-se o risco de estes serem os “ensinos-tipo” referidos por Silva (2011). Neste estilo de “ensinios” parece evidenciar-se um padrão de abordagem focado na doença, em que os dados iniciais acerca do cliente não se revelam fundamentais para a adequação das informações transmitidas (Silva, 2011). Isto pode significar que o ensinar radica na “transmissão da informação, pela informação” ao invés de constituir uma estratégia para promover a capacitação e desenvolvimento do cliente enquanto pessoa, inserida num contexto de vida singular. Os “ensinios” relatados pelos enfermeiros na presente investigação incluíam a autoavaliação da glicemia capilar, o exercício físico, a dieta e os cuidados aos pés.

Relativamente à frequência da consulta de enfermagem nestes grupos de risco, verificámos que existe uma grande variabilidade, sendo a sua marcação realizada segundo as necessidades identificadas. A acessibilidade às consultas de enfermagem parece assim funcionar de uma forma célere, o que confirma a ideia de que os enfermeiros se constituem como profissionais de saúde de proximidade dos utentes/famílias e comunidade. O estudo desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde também demonstrou a existência desta proximidade entre a pessoa com diabetes e a equipa de enfermagem (ERS, 2011). O PAIDM2 refere que as consultas são agendadas de acordo com o plano de monitorização clínica combinado pela equipa

multidisciplinar, embora se considere, para efeito do indicador da *População com diabetes em vigilância* a existência de pelo menos 2 consultas presenciais no ano (DGS, 2013). Ferrito (2010) verificou que, em média, os utentes com diabetes tinham 4 consultas de enfermagem anuais. O tempo de duração da consulta para cada utente foi um fator referido pelos enfermeiros como limitador na abordagem à pessoa com doença crónica. Este tempo não está contemplado em documentos de orientações, podendo ser definido pelas próprias unidades de saúde. Relativamente a outras consultas, como por exemplo a consulta de nutrição, é sugerido que, na primeira consulta o profissional despenda aproximadamente 30 a 45 minutos e que nas seguintes reduza o tempo para cerca de 15 a 20 minutos.

A investigação é consensual quanto à importância do suporte social nos comportamentos de autocuidado. A este propósito a DGS (2013) alerta para as implicações que a doença crónica tem no utente mas também nos familiares, propondo que os profissionais auscultem as expectativas que ambos têm acerca dos cuidados de saúde. Acrescenta também que a educação terapêutica deve ser dirigida à pessoa com diabetes e/ou familiar e cuidador. Assim, desde a receção no secretariado clínico da unidade de saúde, à avaliação e acompanhamento pelos profissionais de saúde, sempre que o utente deseje, as pessoas que são para si significativas devem poder acompanhá-lo presencialmente e ser envolvidas de forma a poderem participar ativamente no processo dos cuidados. Neste sentido, pretendíamos refletir com os enfermeiros sobre a presença e envolvimento dos familiares no plano terapêutico. Na sua prática diária estes referem que habitualmente as pessoas não se fazem acompanhar por familiares, exceto nas situações em que o cônjuge/familiar também tenha o mesmo problema de saúde, ou caso tenha dificuldade associada a algum tipo de dependência ou incapacidade. Especificamente na sua consulta, os enfermeiros mostram uma atitude positiva face ao envolvimento da pessoa mais significativa para o doente, até porque sabem que os estilos de vida que a pessoa tem são influenciados pelo contexto familiar. Porém, e apesar deste posicionamento dos enfermeiros, as pessoas optam por vir sós, apresentando várias justificações para o facto: não querem interferir na vida da sua família; são elas que têm a doença e portanto são as responsáveis; os familiares profissionalmente ativos não têm compatibilidade de horário para as poderem acompanhar. O grupo também refletiu sobre as questões de género na saúde, concretamente o acompanhamento dos homens com diabetes pelas suas esposas. De acordo com a DGS (2007) o *“género, entendido como a construção social das diferenças entre homens e mulheres, é um determinante social com reconhecido impacte nos indicadores de saúde”* (p. 6). O papel cultural da mulher ainda está muito associado ao

cuidar da família, principalmente em sociedades mais conservadoras. Sobre este aspeto os enfermeiros consciencializaram-se do efeito das suas próprias crenças culturais na prestação de cuidados. De acordo com as suas experiências profissionais mas também pessoais, alegam que ainda cabe principalmente à mulher a escolha e confeção dos alimentos e portanto, é prática habitual perante um homem com diabetes, convidar a sua esposa para o acompanhar à consulta para que ela seja um apoio efetivo na gestão do regime terapêutico. O inverso já não é tão comum, até porque, como alguns elementos do grupo referiram, “*as mulheres são mais responsáveis e autónomas na gestão da sua saúde*”. Alguns estudos que têm vindo a debruçar-se sobre a influência do cônjuge na gestão da doença verificaram que o efeito do género influencia na adesão terapêutica. A investigação desenvolvida por Cunha (2011) demonstrou diferenças na adesão terapêutica entre homens e mulheres, e verificou que as mulheres com diabetes não usufruíam de qualquer suporte instrumental e emocional na gestão da doença. Na sua perspetiva, estes achados estão relacionados com o papel da mulher, isto é, com o facto das tarefas inerentes ao autocuidado com a diabetes serem atribuídas ao papel feminino (com exceção do exercício físico) e com o papel de cuidador que a mulher habitualmente assume. Esperando-se que seja autónoma e responsável, leva a que esta tenha pouco apoio por parte dos outros elementos da família. A autora também verificou que as representações dos profissionais de saúde acerca do género influenciavam os cuidados prestados, que diferiam pelo facto do utente ser homem ou mulher. Porém, Cunha (2011) ressalva que o apoio da mulher pode contribuir para um certo grau de desresponsabilização do homem perante a gestão da sua própria doença. Um documento produzido pela DGS (2007) alerta para as desigualdades em saúde “que são, em parte substantiva, socialmente geradas, mantidas ou agravadas (...) tornando-se inviável encarar estas (e todas) desigualdades em saúde, de uma forma meramente descritiva, acrítica” (p. 9). Com os enfermeiros pretendemos refletir sobre este aspeto na prática diária, despertando a atenção para possíveis estereótipos não intencionais que, por vezes atribuídas a um determinismo biológico, podem influenciar a relação que se estabelece com o cliente e inviabilizar a prestação de cuidados de qualidade, numa perspetiva de igualdade de género.

Mais do que conhecer os contextos onde os enfermeiros exercem cuidados, pretendemos constituir um espaço de reflexão que permitisse que estes profissionais pudessem esclarecer a sua prática, analisando-a à luz das suas conceções, modelos orientadores, motivações e sistema social envolvente.

Embora com elementos em diferentes estádios de desenvolvimento profissional, de um modo resumido, podemos concluir que nos encontramos perante um grupo de

enfermeiros que reconhecem a importância do seu papel junto das pessoas com doença crónica, mas que sentem a necessidade de adotar diferentes abordagens nos cuidados que prestam. A tabela 3 sumaria os principais problemas identificados na prática dos cuidados bem como as possíveis estratégias para os mitigar ou resolver.

Tabela 3 - Principais problemas identificados pelos enfermeiros e estratégias sugeridas na mudança

Problemas da prática	Potencial para a mudança da prática
Abordagem à pessoa com doença crónica baseada essencialmente no modelo biomédico	Formação sobre a abordagem à pessoa com doença crónica segundo novos modelos
Dificuldades em trabalhar com os utentes focos no âmbito da adesão, gestão, motivação, crenças e autoeficácia	Formação sobre fatores que interferem nos comportamentos de autocuidado com a saúde
Dificuldades nas atividades diagnósticas e na nomeação de diagnósticos utilizando a CIPE®	Reconhecimento do processo de enfermagem como método de resolução de problemas; Treinar o processo de decisão clínica e a nomeação diagnóstica
Profissionais têm crenças que podem prejudicar a relação terapêutica	Reestruturação das crenças através de reflexão sobre a prática
Objetivos dos profissionais diferentes dos objetivos do cliente	Discutir objetivos do cliente; Clarificar papel do enfermeiro; Apostar na parceria de cuidados
Pouca visibilidade dos cuidados de enfermagem	Apostar no registo dos cuidados; Sugerir alterações ao SAPE; Constrangimentos: SAPE desfasado das necessidades
Disponibilidade reduzida para escutar o utente	Manter /Melhorar adequação dos horários de atendimento; Centrar consulta na pessoa Constrangimentos: Dotação de pessoal
Cuidados de proximidade insuficientes	Manter contactos frequentes com o utente/família Constrangimentos: Recursos humanos e financeiros insuficientes que impedem a deslocação ao domicílio
Dificuldade na acessibilidade à unidade de saúde	Adequar horários de consulta Constrangimentos: Rede de transportes insuficiente
Orientações pouco específicas sobre conteúdos a abordar na consulta de enfermagem	Construir guião de consulta por focos de atenção
Dificuldades na definição de objetivos com o utente	Reforçar a capacidade de negociação dos enfermeiros; Utilizar modelos de intervenção que orientem os cuidados no sentido de responsabilizar a pessoa pela sua saúde
Pouca envolvimento dos familiares na gestão da doença	Envolver os familiares nos cuidados

Quando nos referimos ao potencial para a mudança, queremos com isto dizer que estes enfermeiros estão conscientes da necessidade de alterar algumas das suas práticas e mostram motivação para o fazer, envolvendo-se ativamente no processo. Para tal, sugerem a necessidade de melhorar os seus conhecimentos em alguns focos da prática,

bem como de mobilizar alguns recursos que facilitem essa mudança. Estão também conscientes de que existem constrangimentos neste processo, alguns inultrapassáveis a curto prazo pois estarão dependentes de decisões superiores e de limitações financeiras, e portanto focar-se-ão nos aspetos mais exequíveis. Acreditam que as alterações se operam principalmente nas pessoas (profissionais) que trabalham no contexto da prática e que essas “pequenas/grandes” mudanças são a génese para melhorar os cuidados de saúde.

Perante estas circunstâncias consideramos oportuno continuar a trabalhar em conjunto com os enfermeiros, no sentido de promover a implementação das estratégias identificadas.

3.6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Administração Central do Sistema de Saúde – ACSS (2010). *Cálculo de indicadores de desempenho. Critérios a observar na sua implementação*. Acedido em novembro, 2013, em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/C%C3%A1culoIndicadoresDesempenho.pdf>

Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional. Universidade Aberta*. Acedido em agosto, 2013, em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/1/Paradigma%20Qualitativo%20e%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Educacional.pdf>

Argyris, C. & Schon, D. (1982). *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling. Issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 3 (30), 564-572.

Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

- Berg, D. & Bijl, J. (2001). The use of self-efficacy enhancing methods in diabetes education in the Netherlands. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 15 (3), 249-57.
- Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. In *Pessoal Reflexão RH*. 60-63. Acedido em dezembro, 2013, em <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Bouwman, V.; Adriaanse, M.; Riet E.; Snoek F.; Dekker J. & Nijpels G. (2010). *Depression, anxiety and glucose metabolism in the general Dutch population: the new Hoorn study*. *Journal PloS One*. Acedido em julho, 2013, em <http://www.plosone.org/?jsessionid=F25B4DE23EF2E4CD26A2EF5AC1C98BB9>. DOI: 10.1371/journal.pone.0009971.
- Cuesta, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2 (4), 1-27.
- Cunha, A. (2011). *Diferenças de género na adesão terapêutica na diabetes mellitus tipo 2*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Portugal.
- Deloitte & Accenture (2004). O processo de mudança associado à implementação de um ERP na Administração Pública Portuguesa. *Informação & Informática*, 28, 38-41.
- Direcção-Geral da Saúde (2007). *Saúde, sexo e género: factos, representações e desafios*. Acedido em outubro, 2013, em <http://www.dgs.pt/>
- Direcção-Geral da Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde (2013). *Processo assistencial integrado: diabetes mellitus tipo 2*. Acedido em outubro, 2013, em <http://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>
- Doenges, M. & Moorhouse, M. (2010). *Aplicação de processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem. Um texto interativo para o raciocínio diagnóstico* (5.^a edição). Editora Lusociência.
- Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Cuidados de saúde a portadores de diabetes mellitus*. Acedido em novembro, 2013, em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf

- Escola Nacional de Saúde Pública (2010). *Contratualização em cuidados de saúde primários. Horizonte 2015/20. Fase 5; Relatório Final*. Acedido em novembro, 2013, em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Fase%205_Relatorio%20Final.pdf
- Ferrito, C. (2010). *Intervenções de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2 em cuidados de saúde primários: contributos para uma prática baseada em evidência*. Tese de Doutoramento; Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care, Supp. 1*, 188-196. Acedido em setembro, 2013, em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26915/2/O%20outro%20olhar%20sobre%20os%20enfermeiros%20final.pdf>. DOI:10.1080/13561820500081745.
- Jasper, M. (2003). *Beginning reflexive practice: foundations in nursing and health care*. Nelson Thornes Editors.
- Khuwaja, A.; Lalani, S.; Dhanani, R.; Azam, I.; Rafique, G. & White, F. (2010). Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: a multi-centre study of prevalence and associated factors. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2, 1-7. DOI:10.1186/1758-5996-2-72.
- Lopes, M. & Lourenço, O. (1998). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), 655-665.
- Lopes, R.; Nascimento, R.; Esteves, C.; Iatchac, F. & Argimon, I. (2011). Cognição e diabetes *mellitus* tipo 2 em idosos. *Ciências & Cognição*, 16 (3), 95-108. Acedido em setembro, 2013, em <http://www.cienciasecognicao.org>
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress* (3rd Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Melo, M. & Sousa, J. (2011). Os Indicadores de desempenho contratualizados com as USF: Um ponto da situação no atual momento da reforma. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 28-34.

- Ministério da Saúde (2012). *Cuidados de Saúde Primários: metodologia de contratualização*. Acedido em outubro, 2013, em http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: Revisão sistemática da literatura. *Referência, III* (8), 125-134.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®)*. Acedido em outubro, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Acedido em outubro, 2013, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Dados estatísticos (2000-2012)*. Acedido em janeiro, 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/files/assets/basic-html/page1.html
- Organização Mundial da Saúde (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Acedido em agosto, 2013, em <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Cuidados de saúde primários – Agora mais que nunca. Relatório mundial de saúde 2008*. Acedido em Outubro, 2013, em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- Pazos, M. (2002). Algunas reflexiones sobre la investigación-acción colaboradora en la educación. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 1 (1), 40-56. Acedido em dezembro, 2013, em http://reec.uvigo.es/volumenes/volumen1/REEC_1_1_3.pdf
- Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.

- Pereira, E. & Costa, M. (2007). Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16 (3), 408-16.
- Sargeant, J.; Loney, E. & Murphy, G. (2008). Effective interprofessional teams: contact is not enough” to build a team. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 28 (4), 228-234. DOI: 10.1002/chp.189.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem - uma teoria explicativa da mudança*. Editoras Formasau e Escola Superior de Enfermagem de São João.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1-2), 11-20.
- Silva, A. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem. Estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Somekh, B. & Zeichner, K. (2009). Action research for educational reform: remodelling action research theories and practices in local contexts. *Educational Action Reserach*, 17 (1), 5-21. DOI: 10.1080/09650790802667402.
- Someren, M.; Barnard, Y. & Sandberg, J. (1994). *The think aloud method: a practical guide to modelling cognitive processes*. Department of Social Science Informatics. London: Academic Press.
- Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde - um modelo explicativo*. Editora Formasau.
- Sousa, M; Peixoto, M. & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Referência*, II (8), 59-67.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2.ª edição). Artmed.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (5.ª edição). Lusodidacta.

4. PLANEAR A AÇÃO PARA POTENCIAR A MUDANÇA: CONCEÇÃO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO PROMOTOR DO AUTOCUIDADO NA DIABETES

Introdução: Viver com uma doença crónica como a diabetes comporta um processo de transição e implica que a pessoa detenha um conjunto de competências que lhe permita gerir eficazmente a doença, integrando-a na sua vida. Tendo como finalidade a conceção de um programa educacional que apoie a adesão e gestão do regime terapêutico, este estudo expõe o trajeto percorrido pelos enfermeiros no sentido de preparar uma mudança sustentada e adequada aos contextos reais da população com diabetes, numa região do norte de Portugal.

Método: Estudo qualitativo, utilizando os princípios da investigação-ação. De acordo com os problemas identificados num estudo prévio, que apontam para a necessidade de adotar novas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa com doença crónica, planear e implementar um programa educacional que apoie a pessoa com diabetes tipo 2 na gestão da sua doença, seguindo o modelo do *empowerment*, afigura-se como uma estratégia de intervenção. Recorrendo à técnica de grupos focais, o programa foi delineado por um grupo de 35 enfermeiros que exercem funções nos cuidados de saúde primários dos centros de saúde que integram o distrito de Vila Real, sendo posteriormente submetido a uma apreciação crítica por um painel de peritos.

Resultados: Elaborou-se um programa educacional orientado para as necessidades e expectativas das pessoas com diabetes e dos profissionais de saúde, concretamente dos enfermeiros. Este privilegia uma abordagem centrada na pessoa, promove o envolvimento da família e é orientado para os fatores que influenciam os comportamentos de adesão, sensíveis aos cuidados de enfermagem. É constituído por 4 módulos, desenvolvidos em grupo, ao longo de 9 sessões. A avaliação da sua eficácia recai sobre o processo e resultados, utilizando técnicas qualitativas e quantitativas. Com a implementação deste programa, elaborado com base nas necessidades dos clientes e nas expectativas dos enfermeiros, pretende-se contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem e para um apoio mais efetivo da pessoa com diabetes, para que ela possa gerir eficazmente a sua doença.

4.1 INTRODUÇÃO

As doenças crónicas constituem atualmente um desafio para os sistemas de saúde, impelindo-os a adotar novas medidas que respondam às necessidades da população. Uma vez que o tratamento da diabetes *mellitus* tipo 2 é essencialmente gerido pela própria pessoa, cabe ao profissional de saúde estabelecer uma relação de parceria que a apoie nas tomadas de decisão acerca da sua saúde. Através da educação terapêutica, enquanto processo educativo devidamente planeado, o profissional de saúde habilita a pessoa com diabetes e a sua família a lidar com a doença e a prevenir as suas complicações (DGS, 2000). Este conceito é semelhante ao conceito de autogestão na diabetes, vulgarmente designado na literatura anglo-saxónica como *Diabetes Self-Management Education* (DSME), pois ambos consideram a educação como um elemento fundamental nos cuidados às pessoas com diabetes permitindo que, através do desenvolvimento de um conjunto de competências, a pessoa e seus familiares estejam aptos a tomar decisões informadas, a adaptar-se às exigências que o tratamento da doença exige e a alterar o seu comportamento de modo a obter um melhor controlo da doença (Funnell *et al.*, 2009; IDF, 2011). Ainda que numa análise menos atenta este conceito nos remeta para a doença e o seu controlo, o facto é que este tipo de educação, assente numa relação colaborativa entre os técnicos de saúde e clientes, privilegia não só aspetos clínicos mas também psicossociais e comportamentais.

No entanto, os profissionais ainda se centram num modelo orientado maioritariamente para a doença, o que se revela em cuidados por vezes desajustados, que não promovem a integração da diabetes na vida da pessoa (WHO, 2008). Embora os estudos que têm vindo a ocorrer nesta área, identifiquem claramente as diferentes variáveis que influenciam os comportamentos de saúde, a verdade é que tem havido dificuldade em transformar esses resultados em intervenções eficazes.

Partindo de um diagnóstico de situação, previamente efetuado junto de profissionais de enfermagem, onde refletimos sobre as habituais práticas utilizadas na abordagem à pessoa com diabetes e sobre os fatores que interferem na adoção de comportamentos de autocuidado por parte dos seus clientes, e também de entrevistas realizadas a pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, onde identificámos os fatores que condicionavam os comportamentos de adesão e auscultámos as suas expetativas face aos cuidados de enfermagem, este estudo relata o trajeto efetuado por um grupo de enfermeiros e culmina com a conceção de um programa de intervenção educacional que visa promover a adesão e a gestão do regime terapêutico na pessoa com diabetes. A descrição deste

percurso evidencia uma nova postura dos enfermeiros, que se traduz em novas formas de pensar sobre o cuidar da pessoa com doença crónica.

O que se pretende mudar

Na primeira fase anteriormente descrita (fase diagnóstica) emergiu um conjunto de categorias relacionadas com a *organização dos cuidados*, com a *prática de enfermagem* e com as *relações na equipa de saúde*, que se têm revelado decisivas nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença crónica e que passaremos a descrever. Sucintamente, os enfermeiros destacaram um conjunto de aspetos suscetíveis de melhoria, no sentido de aproximar, tal como referem Basto (1998), Silva (2006) e Sousa (2006), os modelos expostos ao modelo em uso:

- O modelo de cuidados em uso tem-se mostrado desajustado face aos desafios impostos pelos atuais contextos socioeconómicos, políticos e epidemiológicos. As recentes políticas de saúde enfatizam o papel do cidadão como gestor do seu projeto de saúde. Neste sentido, os enfermeiros devem privilegiar um modelo de cuidados centrado no cidadão. Estes profissionais pretendem abandonar o modelo de educação tradicional adotando um modelo que apoie a autogestão, que potencie no utente a tomada de decisão informada acerca da sua saúde e que o capacite para a resolução dos problemas, promovendo o seu autocuidado;
- Na consulta de enfermagem, o enfermeiro ainda prioriza a monitorização de parâmetros indicadores do controlo da patologia e a transmissão de “informação pela informação”. Os enfermeiros consideram que a evolução da enfermagem, como disciplina e como profissão, acrescenta novos conhecimentos que se devem traduzir em novas formas de saber; de saber ser, de saber estar e de saber fazer. No atendimento o enfermeiro deve ter como foco as respostas humanas às transições a que os clientes estão sujeitos ao longo da vida. A conceção dos cuidados deve refletir essa atenção. As intervenções de enfermagem devem ser individualizadas, múltiplas, abrangentes e direcionadas às componentes cognitiva, comportamental e emocional. Assim, devem ter em consideração que embora os aspetos relacionados com os conhecimentos sobre a doença sejam prioritários para o seu controlo, outras variáveis psicossociais devem ser abordadas. Esta necessidade é comprovada pelas narrativas dos próprios utentes, que evidenciaram uma influência multicausal na gestão da sua diabetes. Os enfermeiros referem a necessidade de atualizarem os seus conhecimentos sobre estas temáticas;

- Os enfermeiros admitem alguma insatisfação perante os cuidados que têm disponibilizado, pois consideram que estes não refletem o conhecimento disciplinar de enfermagem. Esta dissonância entre a teoria e a prática, isto é, entre o modelo exposto e o modelo em uso, dá pouco reconhecimento à enfermagem como uma disciplina autónoma e contribui para as baixas expectativas que os clientes possuem acerca do papel do enfermeiro;
- A documentação do processo de tomada de decisão inerente aos cuidados de enfermagem tem constituído uma barreira que decorre da escassa sistematização no diagnóstico, intervenções e resultados das ações de enfermagem e da inadequação dos conteúdos dos sistemas de informação em enfermagem (SIE) às mudanças desejadas. Assim, o sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) deve permitir o registo de novas terapêuticas de enfermagem, refletindo a evolução dos cuidados. Pretende-se, para além de fazer mais enfermagem, falar mais enfermagem;
- Os aspetos organizacionais têm constituído um entrave efetivo na consecução da consulta de enfermagem. A adequação de espaços específicos, o agendamento e o planeamento da consulta permitem adaptar os recursos disponíveis, fomentando uma maior eficácia e eficiência na utilização desses mesmos recursos.

Este estudo prévio realizado junto dos enfermeiros também evidenciou um aspeto que foi reportado por estes profissionais como decisivo. Referimo-nos à circunstância dos clientes aprenderem por si e na interação com os pares. Estas aprendizagens acabam por ser bastante significativas e ancoradas no “real”, o que pode contribuir de forma substantiva para o sucesso do processo de gestão do regime terapêutico.

Relativamente aos resultados que emergiram das entrevistas realizadas a pessoas com diabetes verificamos que, em geral, estas referiam dificuldades em integrar a diabetes na sua vida, essencialmente devido a fatores relacionados com aspetos pessoais, mas também a fatores relacionados com o ambiente externo. Verificou-se que aspetos relacionados com as crenças e atitudes, com os conhecimentos, com a consciencialização, com a memória, com as emoções, com a presença de comorbilidades ou alteração dos processos corporais, com o suporte social e com a relação com os profissionais de saúde acabam por influenciar a gestão eficaz da doença.

Estes resultados, obtidos junto dos principais atores no processo de relação terapêutica, enfermeiro e cliente, permitiram clarificar a natureza do problema bem como o seu contexto, cabendo agora planear estratégias para a sua resolução. No entanto, não basta saber o que se tem que mudar.

O National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2007) aponta cinco aspetos essenciais promotores da mudança. O primeiro refere-se à consciencialização dos profissionais de saúde, sobre a necessidade de mudar e o porquê dessa mudança. Eles precisam de ter conhecimento sobre o que mudar e como o fazer. A consciencialização e o conhecimento representam um dos primeiros passos para que a mudança nas práticas dos profissionais de saúde possa vir a concretizar-se. O segundo aspeto, considerado fundamental, é a motivação. Esta motivação pode advir de fatores externos (monitorizações frequentes com atribuição de incentivos ou penalizações), mas também de fatores internos, relacionados com a própria automotivação e desejos. O terceiro aspeto reporta-se ao envolvimento, às crenças, às intenções e aos objetivos que se pretendem atingir, pois estes também têm impacto no quanto a pessoa quer mudar e nas prioridades estabelecidas, interferindo na capacidade para a mudança. As crenças e atitudes dos profissionais sobre os benefícios da mudança, bem como os custos associados, podem também ser importantes. Aliás, as crenças sobre a capacidade para adotar novos comportamentos terão impacto na própria mudança. A visão que os outros colegas têm acerca da mudança, e principalmente se esses profissionais forem considerados líderes, também poderá influenciar esses comportamentos. O quarto aspeto reporta-se à capacidade para mudar. De facto, não basta conhecer o que se tem que mudar; é preciso saber qual a melhor forma de operacionalizar com competência essa mudança. Pode ser necessário que os profissionais tenham que treinar, de forma a desenvolver habilidades que lhes permitam prestar melhores cuidados. Desenvolver estas habilidades pode implicar tempo e treino, apoio dos pares ou dos responsáveis. Implica também a mobilização de competências individuais e interpessoais e estratégias de adaptação. O quinto aspeto refere-se à possível existência de barreiras práticas, como por exemplo a escassez de recursos. A configuração dos serviços ou a sua infraestrutura pode ter que sofrer alterações para permitir que a mudança ocorra. Também podem ser necessários novos equipamentos e novas orientações. Outro problema que acontece na prática relaciona-se com a dificuldade em manter ao longo do tempo essa mudança, principalmente se os responsáveis ou elementos-chave entretanto optam por outras prioridades. Ainda de acordo com o NICE (2007), os profissionais deverão ter em consideração as barreiras externas que podem comprometer a mudança, influenciando a sua motivação, os seus desejos e a sua capacidade para mudar. Recursos financeiros e processos de regulação podem não estar alinhados com os objetivos dos profissionais, dificultando o processo. Por sua vez Delloite e Accenture (2004) enfatizam que a renitência à mudança, a falta de compromisso de topo e a inadequação de competências necessárias são, entre outros, obstáculos à sua implementação. Assim, consideram que alguns aspetos devem ser considerados num programa de mudança: (1) interiorização da

necessidade de mudar: os intervenientes deverão entender que o modelo em vigor não responde às necessidades; (2) visão partilhada da mudança: esta deverá ser comunicada e partilhada a todos os envolvidos; (3) devem estar explícitos os objetivos a atingir, o âmbito e faseamento das alterações, bem como o compromisso dos responsáveis; (4) compreensão da cultura existente: a gestão da mudança deve ter em conta os intervenientes do processo bem como a existência de experiências já existentes de situações semelhantes. Como as reações à mudança podem ser variadas, será necessário utilizar abordagens específicas às necessidades culturais de cada organização. Deverão ser igualmente identificadas as forças e barreiras à implementação do programa bem como definidas as estratégias de comunicação; (5) preparação dos líderes para a mudança: a visão da mudança tem que ser compatível com os valores e atitudes dos líderes. Estes devem possuir conhecimentos, competências e autoridade para conduzir o processo de mudança bem como aceitar a responsabilidade para a sua execução; (6) aproveitar as oportunidades para a revisão da organização e processos internos, pois a implementação de um novo modelo pode implicar uma revisão dos processos de trabalho e até necessidade de modificar o desenho organizacional; (7) construir competências individuais e de equipa onde todos (de diferentes níveis e funções) sejam ativamente envolvidos. Todos deverão ter acesso a ações de formação sendo reconhecidos e recompensados pelo seu envolvimento no processo de implementação e operacionalização do novo programa; (8) desenvolver um plano com os recursos e as infraestruturas adequadas: de forma a assegurar que a organização possa atingir os objetivos propostos, um plano explícito e uma estrutura de gestão devem ser colocados em prática; (9) implementar estratégias de comunicação: deve-se assegurar que existe uma boa articulação e comunicação entre os vários elementos da estrutura organizativa para que o progresso do projeto e os objetivos atingidos sejam conhecidos por todos, encorajando assim a propriedade coletiva dos resultados da mudança. Basto (1998) reforça ainda que para que as intenções se possam transformar em ações, os principais atores precisam de ter a perceção da possibilidade de as influenciar.

As mudanças nos cuidados de saúde tendem a ser habitualmente morosas, porque estão dependentes de inúmeras variáveis relacionadas com as organizações, com os profissionais e com os clientes. O NICE estima que a implementação integral de novas orientações clínicas possa demorar cerca de três anos ou mais (2007). Salienta, no entanto, que mesmo as pequenas alterações podem ter um impacto positivo, principalmente quando os novos comportamentos são realizados frequentemente (NICE, 2007).

Os programas de intervenção

Os termos “autocuidado” e “autogestão” são, por vezes, utilizados como se se fossem conceitos semelhantes, embora não signifiquem exatamente o mesmo (Coulter & Ellins, 2006). Educar para a autogestão é uma das intervenções mais conhecidas para promover o autocuidado na doença crónica (Coulter & Ellins, 2006). Concretamente na diabetes implica um processo contínuo, que pretende promover na pessoa o conhecimento, a habilidade e a capacidade necessária para desempenhar as atividades de autocuidado com a doença. Este processo abrange as necessidades, objetivos e experiências de vida da pessoa. Pressupõe, portanto, uma colaboração ativa entre o cliente e os profissionais de saúde, sendo que estes apoiam a pessoa nas tomadas de decisão, nos comportamentos de autocuidado e na resolução de problemas, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos, do estado de saúde e da qualidade de vida (Funnell *et al.*, 2009).

Vários programas de intervenção têm sido implementados com o objetivo de promover a autogestão, ajudando a pessoa a adotar um conjunto de competências comportamentais para gerir a doença. Estas habilidades permitirão que a pessoa desenvolva mudanças cognitivas, comportamentais e emocionais que lhe permitam manter uma qualidade de vida satisfatória (Barlow *et al.*, 2002). A evidência científica tem demonstrado que a implementação de programas educacionais desenvolvidos em grupo promove os conhecimentos e a melhoria nos resultados clínicos (Molsted, Tribler, Poulsen & Snorgaard, 2012). Torres e colegas (2003) verificaram no seu estudo que a utilização da dinâmica de grupo estimulou a relação interpessoal entre os participantes e os profissionais de saúde e facilitou também a discussão entre pessoas com os mesmos objetivos, promovendo a troca de informações. Estas partilharam experiências idênticas, que as auxiliaram a compreender a diabetes, permitindo-lhes exprimir dúvidas e expectativas, facilitando, assim, o apoio mútuo.

Vários autores têm revelado que não parece existir uma única abordagem ou programa que seja considerado o ideal e ainda não se reuniu consenso quanto aos conteúdos ou intervenções que os devem integrar (Egginton *et al.*, 2012). Sabe-se, porém que, decorrentes da sua implementação, algumas das variáveis em estudo melhoraram e que aqueles que privilegiam os aspetos psicossociais e comportamentais têm demonstrado melhores resultados (Funnell *et al.*, 2009). O mesmo acontece quando estes programas estão adaptados à idade e aos fatores culturais dos participantes (Chodosh *et al.*, 2005). Rogers, Lee e Kennedy (2007) referem ainda que os que estão orientados para a

autogestão da doença promovem na pessoa confiança em si própria e ajudam-na a mobilizar recursos para gerir a sua condição de saúde.

De facto, os atuais programas de autocontrolo da diabetes visam, fundamentalmente, potenciar a aquisição de poder por parte da pessoa (em detrimento do mero cumprimento do regime terapêutico) e promover a sua autoeficácia, de modo a capacitá-la a identificar e estabelecer objetivos realistas, resolver problemas, gerir o stresse inerente à doença e mobilizar recursos sociais adequados (Redman, 2001).

No Reino Unido existem três programas educacionais para pessoas com diabetes; o *DAFNE*, o *DESMOND* e o *X-PERT*, que utilizam como aspeto chave a educação estruturada (Holt, 2009). De acordo com o NICE, a educação estruturada é definida como: *a planned and graded programme that is comprehensive in scope, flexible in content, responsive to an individual's clinical and psychological needs and adaptable to his or her educational and cultural background* (2003, p. 14). O seu principal objetivo é proporcionar às pessoas com diabetes, conhecimentos, habilidades, ferramentas e confiança que lhes permita ter um papel ativo, traduzindo-se numa autogestão eficaz, que minimiza o risco de desenvolver complicações e de internamentos hospitalares desnecessários (Holt, 2009).

O programa *Diabetes Education and Self-management for Ongoing and Newly Diagnosed* (DESMOND), tendo como filosofia a teoria do *empowerment*, preconiza alguns pressupostos que deverão orientar os profissionais de saúde: a pessoa com diabetes é a principal responsável por gerir a sua doença; deve ser apoiada para que possa decidir o que é melhor para si própria e atingir, de acordo com as suas expectativas, a melhor qualidade de vida possível; quase todas as barreiras a uma autogestão eficaz residem no indivíduo e em fatores sociais; o modo como a diabetes é gerida influencia não só a pessoa com diabetes como as suas famílias/prestador de cuidados. Os resultados após os 3 meses de implementação do programa evidenciaram alterações significativas nas representações de doença, os participantes reconheceram poder influenciar a sua doença e os valores de hemoglobina glicosilada baixaram (Skinner *et al.*, 2006). Outro programa, o *X-PERT Programme*, desenvolvido por Deakin e colaboradores (2006) e baseado também na teoria do *empowerment* e na abordagem centrada na pessoa, avaliou o impacto de intervenções promotoras da autogestão ao longo de 14 meses, em algumas variáveis clínicas, psicossociais e de estilos de vida. Os resultados também demonstraram melhorias a vários níveis: nos marcadores clínicos, nos autocuidados, nos conhecimentos sobre a doença, na perceção de autoeficácia, na satisfação com o tratamento, na adaptação à diabetes e na qualidade de vida.

Um estudo desenvolvido na Dinamarca por Molsted e colaboradores (2012), com o objetivo de promover a capacidade para a gestão do regime terapêutico, pretendeu investigar os efeitos de um programa educacional estruturado e com base no *empowerment*, nos parâmetros clínicos, no conhecimento, no regime terapêutico e na qualidade de vida de pessoas com diabetes. Verificaram que houve melhoria nestas variáveis e constataram também que o número de consultas médicas tinha diminuído. A tentativa de resolver os problemas das pessoas ou de apontar soluções dava lugar a intervenções no sentido de aumentar a sua motivação interna, colocando-a no controlo da sua própria situação. Assim, mais do que fornecer somente informações e perícias sobre a doença, interessava perspetivar com os clientes as possíveis barreiras e ajudá-los a delinear os seus objetivos. Os autores referem também que, para que a equipa de saúde responsável pela implementação do programa se “apoderasse” da filosofia e estratégias inerentes ao *empowerment*, frequentou previamente um curso de formação. Ainda ao longo do estudo, a equipa foi seguida e orientada por professores e foram criados espaços de discussão interna (Molsted *et al.*, 2012).

Concretamente em Portugal, alguns artigos baseados em revisões sistemáticas vêm alertar para a ausência da implementação de programas com uma avaliação rigorosa, no âmbito da promoção do autocuidado na diabetes (Menino, Dixe, Louro & Roque, 2013), embora se assista a uma forte aposta em termos de investigação na área, desenvolvida sobretudo em trabalhos efetuados em contexto de pós formações avançadas. Temos conhecimento, através da experiência profissional, de alguns programas promovidos pontualmente que tentam colmatar esta deficiência. No entanto, para além de não serem divulgados, estes aparentam carecer tanto de um processo avaliativo como, na sua conceção, do envolvimento de profissionais que trabalham diariamente com as pessoas com diabetes. Este facto pode dificultar a incorporação de novos modelos e de novas abordagens por parte dos profissionais, impelindo-os a focarem-se mais nos conteúdos a transmitir e nos resultados em termos metabólicos, negligenciando a forma como o fazem, os aspetos psicossociais e modo como se relacionam com o cliente.

O papel dos profissionais de saúde

Considerando que os novos programas visam, mais do que a educação tradicional, o apoio à autogestão, os técnicos de saúde devem adotar outra postura, alterando as suas práticas profissionais, tornando-se agentes facilitadores da mudança (Coleman & Newton, 2005). A promoção do autocuidado requer que os profissionais de saúde tenham conhecimentos e perícias que lhes permitam comunicar eficazmente, identificar com os

clientes forças e habilidades, providenciar suporte, promover a tomada de decisão e a independência, capacitar a pessoa para resolver os problemas e providenciar informação relevante (Department of Health of United Kingdom, 2010). Assim, o profissional de saúde deve identificar o que o utente pensa sobre a sua diabetes, a motivação que apresenta para mudar comportamentos, a possível presença e intensidade de emoções negativas e as barreiras sociais/situacionais e/ou os facilitadores no autocuidado (American Association of Diabetes Educators, 2009). O profissional ajuda-o a ultrapassar os múltiplos obstáculos, a mudar comportamentos a que este se propôs, bem como a atingir os objetivos previamente delineados pelo utente (*ibidem*).

No entanto, vários estudos têm demonstrado que alterar os comportamentos dos profissionais nas suas práticas nem sempre tem sido fácil (Kennedy *et al.*, 2010; NICE, 2007; WHO, 2008). Embora educar para o autocuidado seja considerado importante pelos profissionais de saúde, o facto é que não tem merecido um espaço relevante a quando da abordagem clínica devido a várias razões, nomeadamente à dificuldade que os técnicos têm em operacionalizar as estratégias que lhe são inerentes e pela pouca formação específica nesta área (Kennedy *et al.*, 2010). Na perspetiva destes autores, a necessidade de “treinar os treinadores” assume-se como relevante para que os cuidados de saúde contribuam efetivamente para promover o autocuidado. Um estudo exploratório desenvolvido por Macdonald, Rogers, Blakeman e Bower (2008) demonstrou que o modo de trabalhar utilizado pelas enfermeiras ainda se mostrava insuficiente no apoio à autogestão da pessoa com doença crónica. Ao longo das entrevistas, estas profissionais evidenciaram que, apesar de já utilizarem algumas estratégias que potenciavam o autocuidado e que espelhavam a sua consciência sobre as mudanças que os seus clientes tinham que fazer devido à doença, a verdade é que a longo prazo, a conceção dos cuidados baseava-se essencialmente em processos experienciais e intuitivos. Os autores apontam alguns dos fatores que podem contribuir para estas dificuldades. A ausência de formação sobre técnicas que promovam a mudança comportamental, a existência de contratos de trabalho impulsionados por metas e compensações financeiras, e a escassez de tempo para compreender as necessidades do cliente, podem contribuir para que, na consulta, sejam priorizados a monitorização de aspetos biomédicos.

Planear a ação

Retomando a presente investigação, uma vez que os problemas estão identificados, as necessidades de mudança são sentidas pelos enfermeiros e os obstáculos são

reconhecidos, o grupo encontra-se com níveis motivacionais capazes de gerar novas práticas. Assim, remetendo para os principais aspetos mencionados pela literatura por Basto (1998), Deloitte e Accenture (2004) e NICE (2007), pensamos reunir condições para poder avançar neste sentido.

Contudo, os enfermeiros alertam para a necessidade de desenvolverem algumas competências ao nível da problemática, do planeamento e da operacionalização do processo de mudança, o que também constitui um foco da nossa atenção.

De acordo com Streubert e Carpenter (2013), quando os profissionais identificam uma necessidade de mudança, procuram, com um ou mais peritos em investigação em enfermagem, formar uma equipa, onde os vários elementos assumem diferentes papéis. Cabe aos enfermeiros oferecer a sua perícia e o conhecimento factual em determinada área e contexto e contribuir com as suas expectativas, e ao investigador principal contribuir com a perícia em investigação e com a teoria de enfermagem.

Consideramos que nos encontramos perante condições favoráveis para, em conjunto com os enfermeiros, porque são eles que detêm a chave da solução do problema, definir estratégias de mudança que se traduzirão em um programa que, para além de orientar a prática deste profissionais, promova a adesão na pessoa com diabetes.

4.2 OBJETIVOS

Tendo como finalidade a conceção de um programa de intervenção, pretende-se:

- Identificar estratégias de atuação com base nos problemas identificados, tendo como referencial teórico o *empowerment*;
- Construir, com os enfermeiros, um programa de intervenção que promova a adesão e a gestão do regime terapêutico;
- Validar o programa de intervenção com uma equipa de peritos;
- Definir estratégias a aplicar no programa de intervenção;
- Definir estratégias de monitorização do programa.

4.3 MÉTODO

Desenvolvemos um estudo qualitativo, utilizando os princípios da IA, trabalhando em conjunto com os enfermeiros no sentido de influenciar diretamente o mundo das práticas (Dolbec, 2003). Neste contexto, interessa, mais do que testar a eficácia de um programa, gerar estratégias de intervenção de cuidados mais proficientes para um determinado contexto. Sendo a IA constituída por cinco etapas (diagnóstico de situação, planeamento da ação, implementação da ação, avaliação da ação e identificação do adquirido) e orientada para a resolução de problemas, o nosso propósito atual é determo-nos na segunda etapa, concretamente no planeamento da ação.

Para efeitos de planeamento da mudança, colocamos a tónica na discussão e partilha com todos os envolvidos. Desta forma procuramos potenciar a apropriação, por parte dos enfermeiros, do sentido e objetivos da mudança, para que esta seja efetiva.

4.3.1 Participantes

A participação dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários como co investigadores alinha-se com os princípios preconizados pelo método da IA, e assume-se como fulcral, pois espera-se que estes se envolvam ativamente nas mudanças pretendidas.

O grupo de discussão foi constituído pelos elementos que integraram a primeira fase diagnóstica do estudo, perfazendo um total de 35 enfermeiros, que representavam os centros de saúde do ACES de Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso e do ACES Douro I - Marão e Douro Norte. Cada centro de saúde estava representado pela sua enfermeira chefe e por um enfermeiro com experiência nos cuidados a pessoas com doença crónica. Participaram também as duas enfermeiras supervisoras de cada ACES. A participação dos elementos foi voluntária. O desenho deste grupo, constituído por diversos elementos com diferentes experiências, traduz-se na possibilidade de assegurar um mínimo de homogeneidade e, simultaneamente, de heterogeneidade, mantendo-se a relação de simetria entre os elementos, mas assegurando a diferença necessária ao longo do processo de discussão (Aires, 2011). Tendo em consideração a profissão, o grupo é considerado homogéneo, mas atendendo à sua diversidade em termos de categoria, nível de formação e tempo de serviço, este afigura-se heterogéneo. Acresce o facto de serem enfermeiros do contexto de ação das práticas que, de acordo com Pereira (2007), atenua o peso académico conferido pela investigadora principal. Por outro lado, a inclusão de enfermeiros da área da gestão e da administração dos processos de cuidados, potencia o processo de mudança. Streubert e Carpenter (2013) salientam que

é necessário envolver o máximo de pessoas que, de alguma forma sejam afetados ou desejem a mudança, no processo de negociações iniciais. As autoras, citando Greenwood e Levin (1998), enfatizam as áreas de comunicação que se constituem como espaços em que os participantes e investigadores se juntam para aprender mutuamente, indo de encontro às necessidades que emergem do problema. Estes espaços de reunião poderão abarcar grandes ou pequenos grupos e ter diferentes finalidades (Streubert & Carpenter, 2013).

Reunindo com os enfermeiros que representam os centros de saúde do distrito de Vila Real, foi possível chegar a consensos e vínculos sobre as mudanças a implementar. Este grupo definiu as principais estratégias de atuação e trabalhou no sentido de encontrar uma solução orientada para a ação, em que todos se reconhecessem e sentissem responsáveis.

Ainda na fase de definição do programa, e com a finalidade de o validar, participaram, também, 7 docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no papel de peritos. Na escolha destes peritos tivemos alguns critérios:

- Que no seu percurso de investigação tivessem desenvolvido estudos no âmbito da temática da adesão/gestão do regime terapêutico;
- Que dominassem a metodologia de investigação-ação;
- Que tivessem um conhecimento aprofundado sobre processos de mudança e dinâmicas grupais.

Pretendíamos, com estes critérios, formar um grupo de discussão que, para além de analisar os conteúdos do programa delineado pelos enfermeiros, pudessem, pela sua experiência, antever forças e possíveis obstáculos e perspetivar formas de os ultrapassar.

4.3.2 Recolha de dados

Utilizamos para a colheita de dados a técnica de grupo focal. Considerando que neste estudo os participantes, enfermeiros da prática e docentes da ESEP, tinham diferentes níveis de envolvimento, utilizamos esta técnica em ambos, mas orientando-a de diferentes modos:

- Com os enfermeiros, os grupos focais foram orientados para a construção do modelo de intervenção;
- Com os peritos, o grupo focal debruçou-se na validação do programa.

Os grupos de discussão, vulgarmente designados por *focus grupo* ou grupos focais, consistem num método qualitativo de recolha de dados em que um ou dois investigadores se reúnem com os participantes em grupo para discutir um determinado tópico de investigação (Mack *et al.*, 2005). Frey e Fontana (1994, cit. por Aires, 2011) referem que este é um método viável para recolha de informação. Nesta dinâmica, o investigador pode reunir os informadores chave de um problema e orientar a interação de uma forma mais ou menos diretiva, conforme os objetivos pretendidos, utilizando um formato de perguntas estruturado, pretendendo ser um teste exploratório. Mack e colegas (2005) apontam como principais vantagens a recolha de um grande número de informação em relativamente pouco tempo, permitindo aceder a variados pontos de vista sobre um tópico específico, não pretendendo reunir consensos. Aliás, a riqueza do grupo focal emerge da própria dinâmica do grupo e da diversidade dos elementos que o formam, em que os participantes se influenciam entre eles através da sua presença e das reações ao que os outros dizem. Porque todos possuem diferentes experiências, influenciadas por diversos fatores, será expectável uma riqueza de ideias. Os dados que emergiram das discussões foram gravados em suporte digital e posteriormente transcritos. As notas, entretanto retiradas durante as sessões, também foram utilizadas. Após a recolha de dados, as transcrições foram codificadas de acordo com as respostas dos participantes para cada questão e/ou para os temas mais relevantes emergentes (Mack *et al.*, 2005). Os autores sugerem que, caso os participantes manifestem antes do início da sessão curiosidade sobre os conteúdos a abordar, o investigador/moderador se limite a esclarecer os objetivos, não fornecendo detalhes para não influenciar as suas opiniões.

4.3.3 Procedimentos

Uma vez que o número de sessões a realizar com o grupo de discussão depende essencialmente dos objetivos em causa, e visto pretendermos encontrar e co construir soluções face aos problemas identificados, tornou-se imprescindível efetuar vários encontros com os enfermeiros, que totalizaram 60 horas de trabalho em conjunto. A organização destes encontros foi da responsabilidade do centro de formação da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), em articulação com o plano de

investigação. Em virtude da necessidade de formação expressa pelos enfermeiros, as sessões iniciais foram dedicadas à abordagem do “estado da arte”, dando a conhecer o que os estudos mais recentes sugerem acerca da problemática, analisando os diferentes programas promotores da autogestão da diabetes existentes nos vários países e em diversos contextos. Pretendeu-se imprimir dinâmicas potenciadoras da participação efetiva dos enfermeiros ao longo das sessões. Mais do que transmitir informações, interessava que os enfermeiros as pudessem mobilizar para a sua prática, no sentido de tornar a mudança exequível. Nas sessões posteriores, considerando que a literatura aponta como razoável um número de 12 participantes (Mack *et al.*, 2005), o grupo foi subdividido em dois, cada um deles a cargo de uma moderadora, de forma a facilitar a interação entre os vários participantes. Inicialmente as temáticas eram debatidas nesses grupos mais pequenos e posteriormente, em forma de plenário, discutiam-se as principais ideias que emergiram da discussão. As soluções geradas nestas reuniões foram registadas em formato de notas de campo, tendo sido posteriormente interpretadas e sintetizadas pela investigadora principal ao grupo.

Nesta fase, começamos a delinear os princípios básicos do programa de intervenção educacional em pessoas com diabetes. Uma vez que um Hospital Central da cidade do Porto dispunha de uma *Consulta Terapêutica Educacional da Diabetes*, tornou-se importante conhecer alguns aspetos inerentes a essa consulta. Pretendeu-se, mais especificamente, compreender o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar e as estratégias utilizadas na consulta de enfermagem. Para tal, a investigadora principal, entrevistou a enfermeira que integra a equipa indagando sobre o modelo concetual adotado, a estruturação do programa de intervenção, o seu papel na equipa e as estratégias/metodologias utilizadas na consulta. Das principais ideias emergentes da narrativa destaca-se a implementação de algumas estratégias importantes como, por exemplo, a adoção de um papel colaborativo entre a equipa de saúde e o utente, a negociação de metas, a responsabilização da própria pessoa na gestão da sua doença e o abandono de linguagem prescritiva e proibitiva por parte dos profissionais de saúde.

Um outro aspeto que mereceu a atenção dos enfermeiros foi o facto de, como já referido, os conteúdos dos SIE, mais concretamente o SAPE, se encontrarem inadequados às mudanças desejadas, não permitindo documentar o processo que decorre da tomada de decisão dos enfermeiros, baseadas neste novo paradigma. Estando previsto que a eficácia do programa fosse também verificada através dos diagnósticos de enfermagem, e também com o intuito de melhorar a qualidade dos conteúdos disponibilizados, após conversações com os elementos responsáveis na ARS Norte, pela gestão e alterações a esta ferramenta, os enfermeiros procederam ao mapeamento de todos os diagnósticos e

intervenções existentes, e sugeriram um conjunto de alterações, nomeadamente novos diagnósticos e intervenções de enfermagem, que já se encontram atualmente alocados nos Sistemas de Informação em uso localmente.

O programa de intervenção foi submetido à análise de peritos. Antes da reunião com este grupo julgamos necessário que os elementos que o iriam integrar tivessem previamente acesso ao documento. A reunião durou cerca de duas horas tendo emergido sugestões e até algumas preocupações alusivas a alguns aspetos metodológicos do programa e às características dos profissionais que o poderiam liderar. De forma sucinta, passamos a enumerá-las descrevendo as resoluções tomadas no sentido de as ultrapassar. A primeira diz respeito à necessidade da apropriação, por parte dos enfermeiros, do referencial teórico que suporta o programa. Os enfermeiros devem identificar-se com a filosofia e modelo do *empowerment* alinhando-se em termos de atitudes, crenças e comportamentos. A linguagem utilizada pelos profissionais também deve merecer atenção pois é expectável que estes tenham tendência a manter discursos entretanto já enraizados. Este programa será implementado pelos próprios enfermeiros que participam na sua conceção, assegurando-se, desta forma, o seu comprometimento nos princípios orientadores por eles definidos. A segunda sugestão prende-se com a monitorização do programa. Esta supervisão será efetuada pela investigadora principal que irá monitorizar regularmente os encontros, não somente para verificar se os pressupostos que norteiam o programa estão realmente assegurados, mas também porque, como elemento mais “externo” à equipa de enfermagem poderá funcionar como observadora detetando mais facilmente alguns aspetos que poderão ser alvo de adaptações e melhoramentos. O terceiro ponto refere-se à preparação e domínio das técnicas de grupo por parte dos dinamizadores. O nível de literacia dos participantes com diabetes pode dificultar a moderação das sessões, especialmente se for um grupo bastante heterogéneo. As pessoas também poderão ter diferentes níveis de participação, correndo-se o risco de ocorrer dominância pelas que são espontaneamente mais interventivas. No sentido de ultrapassar este possível obstáculo será disponibilizada formação no âmbito da gestão e técnicas de grupo, caso os enfermeiros assim o desejem. No quarto aspeto emerge a problemática sobre a constituição do grupo. Prevemos que o grupo seja fechado, não sendo permitidas novas entradas ao longo das sessões. No caso de o participante faltar a mais que duas sessões, será convidado a integrar um próximo grupo. Desta forma, assegura-se que o programa ocorra num ambiente agradável e tranquilo, em que as pessoas se conheçam e partilhem as suas experiências. Por último, surge a preocupação relacionada com a promoção da continuidade dos cuidados. O relato das experiências poderá gerar nas pessoas diferentes reações pelo que os enfermeiros deverão ter

capacidade para lidar com os diversos sentimentos. O facto de o programa ser desenvolvido pelos enfermeiros que integram o centro de saúde minimiza este aspeto. No entanto, estes devem assegurar que exista uma comunicação célere entre os vários profissionais que constituem a equipa de saúde.

Já com o programa delineado e revisto pelo grupo de peritos foram efetuadas reuniões de trabalho com as equipas de enfermagem dos centros de saúde de Murça e Chaves 1, locais seleccionados para desenvolver e monitorizar o programa. Estas reuniões, com a duração de 6 horas em cada um dos centros, integraram os diversos enfermeiros que constituíam as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e as Unidades de Saúde Familiar (USF). Foram também estabilizados os conteúdos do programa de intervenção bem como as estratégias necessárias à sua viabilização.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo Streubert e Carpenter (2013), os estudos de IA comportam dilemas éticos que poderão não ser tão usuais em outros tipos de investigação. Um dos dilemas que pode acontecer às pessoas que investem na mudança prende-se com o sentimento de vulnerabilidade que estas podem experienciar, até porque, de acordo com as autoras, existem sempre pessoas mais resistentes que tentam manter a conjuntura existente, com o intuito de salvaguardar a sua posição. Estes problemas éticos tornam-se ainda mais relevantes quando, por exemplo, a investigação ocorre dentro da própria organização, pois pode colocar a pessoa em conflito com os seus supervisores, principalmente se as mudanças desejadas colidem com aspetos organizacionais. Para contrariar estas ocorrências vários autores sugerem que os investigadores assiduamente reúnam com os responsáveis, no sentido de os colocar ao corrente das mudanças e promovam a integração de todos os participantes ao longo do processo.

Especificamente neste estudo, pensamos que alguns destes problemas são ultrapassados visto existir o empenhamento e a envolvimento das próprias enfermeiras supervisoras. Também, como já referido, nos centros de saúde de Murça e Chaves 1 onde o programa será implementado, todos os enfermeiros têm conhecimento do programa e foram convidados a participar. Os que não colaboram diretamente na sua implementação, assumem o compromisso de informar o cliente sobre a sua existência orientando-o para o programa, caso este assim o deseje. Este comprometimento também promove sinergias e contribui para a continuidade dos cuidados. No entanto, encontrámo-nos cientes que outros problemas que não previstos possam ocorrer, sendo necessário

um acompanhamento sistemático com reuniões que permitam a exteriorização de sentimentos de tensões ou de conflito.

4.5 RESULTADOS

Fruto de um trabalho de parceria e de co investigação, próprio do paradigma metodológico que sustenta esta investigação, e portanto com o envolvimento dos principais atores da mudança, estruturou-se um programa de intervenção adaptado ao contexto e às necessidades de cuidados, identificadas junto dos clientes e dos profissionais de enfermagem. O programa, que a seguir se descreve, foi denominado de “*Viver em harmonia com a diabetes*”.

Principais pressupostos

O programa tem como objetivo, através da educação terapêutica, promover o autocuidado com a diabetes, aumentando a adesão e a capacidade para gerir o regime terapêutico. Pretende-se desenvolver na pessoa confiança, habilidades e competências de forma a melhorar aspetos fisiológicos e psicossociais, através da mobilização de novos conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre a doença e o plano terapêutico. Considerando que a doença crónica implica um processo de transição, que pode expor o indivíduo a uma situação de risco, recuperação prolongada ou adaptação ineficaz, pretende-se contribuir para uma transição saudável. Neste sentido, os enfermeiros desenvolvem um conjunto de intervenções de forma a minimizar a vulnerabilidade, a promover a consciencialização e o envolvimento ativo da pessoa, ajudando-a a redefinir significados e a reestruturar a sua rotina. Exploram-se e antecipam-se também forças e barreiras, para que a pessoa encontre novas oportunidades de desenvolvimento e tenha expectativas realistas acerca da sua saúde (Meleis *et al.*, 2000). Pretende-se que a pessoa integre a doença no curso da sua vida, no sentido de adquirir mestria e integração fluida. A pessoa não passa a ser “diabética”; tem sim uma doença que aprenderá a gerir e a controlar de modo a evitar as suas complicações e a manter, dentro do possível, a sua qualidade de vida e bem-estar.

O programa “*Viver em harmonia com a Diabetes*” tem por base alguns princípios, com os quais os enfermeiros que nele participam se identificam. Eles surgem da decisão da equipa de enfermagem, sustentados na evidência científica e adequados ao contexto onde se desenrola. Assim o programa:

(1) Tem como *filosofia subjacente a promoção do empowerment*. O seu principal objetivo é levar a pessoa a descobrir e desenvolver as suas capacidades, de forma a ganhar mestria, isto é, a gerir a sua diabetes, tendo-a sobre seu controlo. Os profissionais devem considerar que a pessoa se encontra “empoderada” quando evidenciar conhecimentos suficientes para racionalmente tomar decisões, apresentar suficiente sentido de controlo das situações, tiver recursos necessários para implementar as suas decisões e evidenciar experiência suficiente para avaliar a eficácia das suas ações (Anderson & Funnell, 2005). Assim, estar “empoderado” significa que a pessoa aprendeu o suficiente acerca da sua doença e sobre a sua saúde, encontrando-se habilitada a ponderar os benefícios e custos da adoção de uma variedade de comportamentos recomendados, e que tem conhecimentos, recursos e controlo suficientes para tomar e implementar decisões (Sigurdardottir & Jonsdottir, 2008).

(2) Privilegia a *abordagem centrada no cliente*. Neste tipo de abordagem o enfermeiro atribui mais importância à visão do utente transferindo-lhe poder e autoridade. Consiste na colocação de desafios ao cliente sobre a sua diabetes bem como os cuidados que tem com a doença, mas sempre atendendo às suas preocupações e necessidades. Sabe-se que a aprendizagem através da experiência tem mais significado e é culturalmente mais relevante do que a aprendizagem tradicional (Anderson-Loftin & Moneyham, 2000, cit. por Atak *et al.*, 2008). Assim, procuramos romper com os programas meramente informativos, os quais parecem ter pouco impacto nos comportamentos das pessoas (Coster & Norman, 2009). O relatório mundial de saúde (WHO, 2008) destaca a importância da orientação dos cuidados centrados para a pessoa e não para a doença. As vantagens deste tipo de orientação são evidenciadas por vários estudos que destacam a sua contribuição na melhoria de cuidados e de melhores resultados.

(3) O profissional adota uma *nova postura*. Uma boa gestão da diabetes depende de uma boa educação mas também da interação, suporte e incentivos dados pelos profissionais. Ao adotar a filosofia do *empowerment*, o enfermeiro acolhe um novo paradigma, com novas formas de ensinar e novos objetivos (Anderson & Funnell, 2005). O tradicional papel de privilegiar a transmissão da “informação pela informação” e a prescrição de comportamentos é substituído por um papel colaborativo, por uma parceria nos cuidados. Quem decide o que deve fazer é o utente. O enfermeiro tem em conta que a pessoa tem a exclusiva responsabilidade de fazer as escolhas, controlar a sua doença e assumir as consequências das suas escolhas (Anderson & Funnell, 2005). Temos plena consciência que, com esta nova postura o profissional pode experienciar uma sensação de perda de controlo ao qual não está habituado. Porém, deve ter em consideração que

trabalhar com pessoas com doença crónica requer estratégias de atuação diferentes pois realmente é a pessoa que lida com a sua doença e não o técnico de saúde.

(4) É dirigido aos *fatores que interferem nos comportamentos de saúde* (características do indivíduo, características da doença e fatores de tratamento, fatores interpessoais e contexto social e organizacional) e que são considerados sensíveis à intervenção de enfermagem. O enfermeiro descentra-se dos focos da adesão e/ou gestão, isto é, do objetivo ou resultado final, para alargar a sua atenção a outros focos / dimensões da saúde que interferem no processo, como por exemplo: as crenças de saúde; o *coping*; as capacidades de tomada de decisão; a força de vontade; as emoções e significados atribuídos; o suporte social; a ansiedade; a depressão, entre outros.

(5) *Promove o papel da família.* O suporte social surge como uma das condições que tem mais influência nos comportamentos de adesão. A família assume diferentes papéis de acordo com as características da pessoa, podendo ter mais ou menos influência na gestão do regime terapêutico. Backman e Hentinen (1999) referem quatro perfis de autocuidado (“responsável”, “formalmente guiado”, “negligente” e “independente”) que influenciam a forma como as pessoas estão na vida, cuidam de si próprias, interagem com os outros e gerem o seu regime terapêutico. Bastos (2012) verificou que o suporte familiar tinha um impacto desigual nas pessoas com diferentes perfis. Perante um perfil de autocuidado “responsável”, em que predomina na pessoa um *locus* de controlo interno face à saúde/doença, em que esta se empenha em manter estilos de vida saudáveis, perceciona autoeficácia, força de vontade para aderir ao regime terapêutico e aceita ajuda dos outros, a família pode funcionar como suporte que promove a autonomia e apresenta um comportamento solidário. No entanto, perante uma pessoa com predominância de um estilo de autocuidado “formalmente guiado”, onde predomina o *locus* de controlo externo face à saúde/doença, percecionando baixa autoeficácia, aceitando as orientações dos profissionais de saúde como ordens e cumprindo-as sem desvios, o papel da família pode ser variável, embora geralmente estas pessoas sejam emocionalmente muito dependentes dos familiares, requerendo ajuda frequente por parte do cônjuge. Por sua vez, um perfil tipo “negligente” caracteriza-se por uma atitude de não envolvimento face ao regime terapêutico, recusando frequentemente o tratamento proposto, com predominância de um *locus* de controlo externo perante a saúde/doença e uma baixíssima autoeficácia percebida. Neste caso, o suporte familiar é nulo ou quase inexistente até porque provêm geralmente de famílias disfuncionais. O perfil “independente” está associado a pessoas que atribuem pouco significado à gestão do regime terapêutico, com um grau de confiança variável nos profissionais de saúde e com pouca vontade em mudar comportamentos, valorizando muito a sua autonomia e

percecionando bons níveis de autoeficácia. A influência da família também é variável e depende do papel que a pessoa assumia antes da doença. No caso de esta ter uma posição dominante, a alteração de papéis pode causar um mau estar, aceitando mal a substituição como decisor principal e a sua dependência dos outros (Bastos, 2012).

O enfermeiro deve estar sensibilizado para estes tipos de perfis de forma a evitar situações constrangedoras que poderão surgir, caso insista com o cliente para se fazer acompanhar por alguém da família. Assim, é necessário questionar o próprio utente acerca do seu interesse no envolvimento do familiar no programa. Caso este concorde, podem também ser agendadas consultas intercalares com a presença de ambos. A participação do familiar, sempre que possível deve ser promovida, e este deverá ter um papel ativo ao longo dos encontros.

Estrutura do programa

O programa decorrerá ao longo de um ano e é constituído por quatro módulos: (1) *“O que é para mim a diabetes”*, que pretende identificar as crenças que as pessoas têm acerca da sua doença; (2) *“Como é que a diabetes afeta o meu dia-a-dia”*, que aborda a consciencialização, os sentimentos, o impacto da doença na vida da pessoa e da família e explora os possíveis recursos para lidar com a diabetes; (3) *“Quais os meus objetivos para a diabetes”*, que incentiva a que as pessoas reflitam sobre o que pretendem mudar e a sua motivação para o fazer, delineando objetivos, antecipando obstáculos mas também estratégias para os ultrapassar; e (4) *“Como posso gerir a minha diabetes”*, que aborda as principais componentes da gestão da doença, nomeadamente a alimentação, medicação, exercício físico e autovigilância, ajudando a pessoa a traçar um plano de ação adaptado à sua condição e a avaliar a eficácia desse plano. Estes módulos estão distribuídos em 9 sessões de grupo (Figura 6), seguindo uma metodologia predominantemente teórico-prática e prática. Cada sessão tem uma média de duração de 120 minutos.

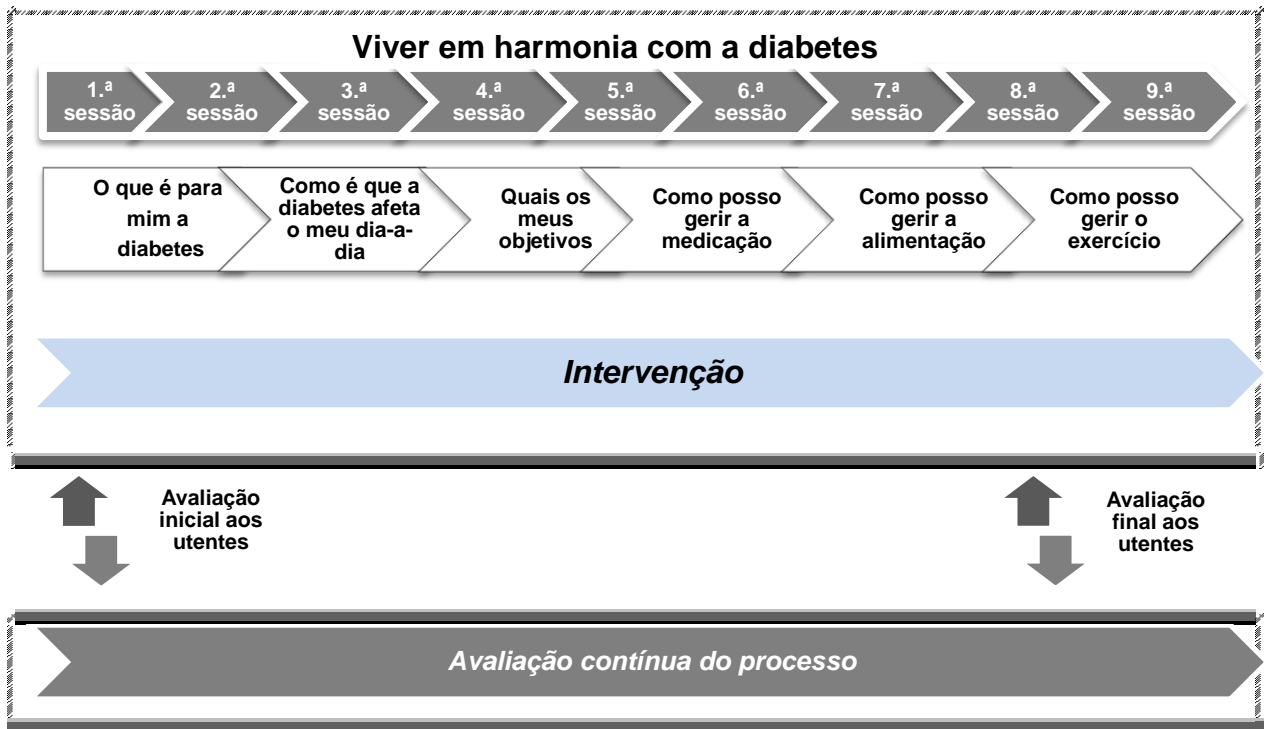


Figura 6 - Estrutura do programa educacional “Viver em harmonia com a diabetes”

O número de participantes será adaptado às condições existentes, podendo os enfermeiros gerir os grupos. Mais de 10 a 12 elementos por grupo pode prejudicar os objetivos da intervenção. No entanto, pequenos grupos podem obrigar a que esta seja repetida várias vezes, cabendo assim aos enfermeiros decidir a melhor dinâmica a utilizar. Relativamente às vantagens da utilização desta metodologia *versus* o aconselhamento individual, vários autores têm demonstrado que, especificamente nos cuidados de saúde primários, as intervenções em grupo constituem uma alternativa viável e por vezes até mais efetiva na melhoria de algumas variáveis (Vadstrup, Frolich, Perrild, Borg & Roder, 2012). Por exemplo, as crenças acerca da doença decorrem habitualmente da vivência pessoal mas também da interação social com as outras pessoas. A persuasão social pode, segundo Lorig e Holman (2003), melhorar também a perceção de autoeficácia. Deste modo, diferentes significados e perspetivas podem ser influenciados por processos sociais. As reuniões de grupo/sessões de grupo, pela partilha de ideias e experiências, podem constituir um espaço privilegiado para a reestruturação de crenças, para aprender a resolver problemas, para conviver e aumentar o sentido de pertença, perante um conjunto de pessoas que enfrentam dificuldades frequentemente idênticas na gestão da diabetes. Porém, esta metodologia não se encontra isenta de desvantagens, dificultando por vezes, o papel dos profissionais

de saúde no que toca a conseguir a participação de todos e a prestar atenção semelhante a cada um dos intervenientes. Estes aspetos, entre outros, podem transformar-se numa tarefa complexa. As enfermeiras responsáveis pela implementação do programa encontram-se sensibilizadas para estas situações.

Currículo do programa

De acordo com os pressupostos enunciados pretende-se um programa baseado na melhor evidência e, portanto, centrado no cliente. Rogers e colaboradores (2007) alertam que habitualmente os programas educacionais orientados para a autogestão têm tendência para tratar a pessoa como “em branco”, no que se refere à experiência de viver com a doença crónica, não contemplando no seu desenho espaços para refletir com as pessoas as suas experiências passadas. Deste modo, no presente programa, todas as experiências devem ser valorizadas e as crenças devem ser ouvidas e refletidas entre todos. O enfermeiro deve abster-se de fazer juízos de valor e de dar ordens ou conselhos, levando a que o utente sinta necessidade de ter referências que o possam ajudar no seu autocuidado e seja ele próprio a questionar sobre as possíveis opções. É importante elogiar qualquer esforço que a pessoa faça, nunca esquecendo que, geralmente, os objetivos dos profissionais são sempre mais ambiciosos do que aqueles que os utentes traçam para si. Uma relação terapêutica deve privilegiar a autonomia do cliente evitando atitudes paternalistas que, por vezes, ainda pautam as relações entre os profissionais de saúde e os clientes.

A Tabela 4 contempla os principais conteúdos que constituem o programa. Assim, seguindo o modelo proposto pelos autores Anderson e Funnell (2005) e pela evidência científica (American Association of Diabetes Educators, 2009), o enfermeiro deve identificar: (1) O que o utente pensa sobre a sua diabetes; (2) A motivação que apresenta para mudar comportamentos; (3) A possível presença e intensidade de emoções negativas; (4) As barreiras sociais/situacionais e/ou facilitadores no autocuidado.

Após esta etapa, o enfermeiro questiona o utente sobre os comportamentos que ele pensa poder mudar. Explora-se então de que forma estes se podem integrar no dia-a-dia. É importante que o utente perceba que será mais importante começar por aspetos que se prevejam mais fáceis de alcançar, mesmo que não seja ainda o ideal. O enfermeiro e o utente estão em fase de estabelecer o contrato terapêutico, isto é, de combinar o que vai acontecer em termos de autocuidado até ao próximo encontro. Quando o enfermeiro prevê que algumas mudanças possam ser mais difíceis para o utente, pode, neste

intervalo, contactar telefonicamente a pessoa para se inteirar da situação e oferecer o seu apoio.

Tabela 4 - Conteúdos do programa “*Viver em harmonia com a diabetes*”

Módulos	Atividades sugeridas
Módulo 1 O que é para mim a diabetes? (sessões teórico-práticas)	Identificar as crenças de saúde (vulnerabilidade percebida, gravidade, etiologia, cronicidade, sintomatologia, consequências); Educar sobre a doença só de acordo com as necessidades do grupo (definição, atuação da insulina, fatores de risco, complicações agudas e crónicas e seu tratamento).
Módulo 2 Como é que a diabetes afeta o meu dia-a-dia? (sessões práticas)	Abordar sentimentos em relação à doença; Discutir implicações na vida e consciencialização de problemas; Explorar experiências vividas; Ajudar a nomear os problemas; Identificar os tipos de <i>coping</i> ; Identificar obstáculos à mudança; Identificar impacto na família; Identificar suporte para ultrapassar obstáculos.
Módulo 3 Quais os meus objetivos em relação à diabetes? (sessões teórico-práticas)	Identificar benefícios com a mudança; Identificar motivação para a mudança; Identificar objetivos a longo, médio e curto prazo; Identificar estratégias para alcançar objetivos; Identificar estratégias para resolução de problemas; Negociar contratos terapêuticos.
Módulo 4 Como posso gerir a minha diabetes: regime medicamentoso, alimentar, atividade física e autovigilância? (sessões práticas)	<u>Medicação</u> : Ensinar (de acordo com as necessidades) sobre antidiabéticos orais (ADO), mecanismos de ação, tipos de insulina e mecanismos de ação; Ensinar e instruir sobre estratégias para gerir medicação. <u>Alimentação</u> : Abordar a roda dos alimentos, equivalentes de hidratos de carbono e sua demonstração e regras para uma alimentação saudável; <u>Atividade física</u> : Distinguir entre exercício físico e atividade física; Discutir a importância do exercício físico na diabetes; Cuidados a ter antes, durante e após o exercício físico; Complicações do exercício físico na diabetes. <u>Autovigilância</u> : Discutir sobre vantagens; Discutir receios e barreiras à auto-monitorização; Instruir e treinar pesquisa glicémica, se necessário. <u>Decisões terapêuticas</u> : Analisar e apoiar o cliente na escolha de um plano de ação adequado à sua situação específica; Incentivar o cliente a partilhar as suas experiências na implementação do plano de ação; Rever com o cliente o plano de ação, submetendo-o a ajustes, sempre que necessário.

As metodologias a utilizar dependem dos conteúdos que são abordados na sessão, mas também das características dos participantes. Embora as enfermeiras possam utilizar diferentes estratégias consoante os grupos, são privilegiadas aquelas de índole mais prática e interativa. De facto, os programas que contemplam abordagens proactivas com

a intervenção dos participantes podem obter melhores resultados (Pereira *et al.*, 2012). A estratégia expositiva pode ser utilizada somente para clarificar alguns aspetos ou temas e para facilitar a abordagem aos aspetos mais práticos. Poderão recorrer a jogos, visto ser uma técnica que facilita a expressão individual, a interação grupal e a circulação de nova informação, e que tem sido aplicada com bons resultados em programas com pessoas com diabetes (Torres, Hortale & Schall, 2003). A componente dietética é de índole bastante prática, tomando como referência os hábitos alimentares dos participantes e refletindo com eles possíveis alterações, caso se desejem necessárias. Na componente da atividade física, já foram tomadas algumas medidas tendo sido contactadas as respetivas autarquias de cada centro de saúde, no sentido de encontrar formas de integrar os participantes em programas formais de exercício físico, a um custo gratuito ou simbólico. Caso se verifiquem condições, alguns exercícios podem também ser treinados por enfermeiras (de preferência com especialidade em reabilitação) adequando-os às limitações de cada utente.

Dinamizadores

A implementação do programa está a cargo das enfermeiras que integram a UCC dos respetivos centros de saúde. Atendendo a que esta unidade tem como missão a prestação de cuidados de enfermagem e de apoio psicossocial de base geográfica e domiciliária, identificando e acompanhando as famílias com maior risco ou vulnerabilidade de saúde, especialmente quando existem pessoas com patologias que precisem de um apoio mais próximo e regular (Decreto-Lei n.º 28/2008), os enfermeiros consideram que seria esta equipa a que, na altura e face ao contexto específico, deveria avançar com a implementação do programa. As sessões são coordenadas pelas enfermeiras que integram o programa. Estas devem utilizar dinâmicas de grupo e devem privilegiar a partilha de experiências, encorajando as pessoas a expor as suas dificuldades, problemas e estratégias de gestão da doença. A pessoa, mais que a diabetes, deve constituir o centro da atenção dos profissionais. Os coordenadores distribuem previamente tarefas e controlam o tempo da sessão para que esta não ultrapasse o previsto. Inicialmente é efetuada a apresentação dos participantes de uma forma informal para que seja criado um ambiente confortável e propício ao debate. Ao longo dos encontros as enfermeiras devem efetuar um rigoroso controlo do tempo para permitir que todos os utentes participem, evitando que somente alguns possam intervir, dominando a sessão. Devem também apontar as ideias chave de forma a trabalhá-las com o grupo, efetuando frequentemente sínteses com a ajuda dos participantes sobre os

aspectos considerados mais relevantes. No final de cada sessão é distribuído a cada participante um questionário breve (com 4/5 questões) onde a pessoa pode, anonimamente, referir a sua opinião sobre os conteúdos abordados e avaliar a sessão (através de uma escala de *likert*). Este questionário tem unicamente a função de orientar a equipa na planificação dos futuros encontros.

Protocolo de participação

Qualquer pessoa com diabetes *mellitus* tipo 2 inscrita nos centros de saúde pode integrar o programa, não tendo como condição necessária o diagnóstico de “não adesão” ou a “ineficácia na gestão do seu regime terapêutico”. Em rigor, não foram, no âmbito deste estudo, definidos critérios explícitos de admissão ao programa. Com efeito, será o juízo do enfermeiro de família ou médico de família que, em conjunto com cada cliente, determinará o encaminhamento para o programa. Contudo, admite-se que uma parte significativa dos casos encaminhados sejam pessoas com “problemas de gestão ou adesão” ao regime terapêutico.

Assim, sempre que se considerar terapeuticamente vantajoso, o enfermeiro ou o médico de família orientam o cliente para o programa a desenvolver pelas enfermeiras da UCC, sendo explicado ao utente, de forma mais pormenorizada pelas respetivas enfermeiras, os objetivos e dinâmica de funcionamento. Todos os clientes são esclarecidos sobre a possibilidade de desistência em qualquer altura, não decorrendo daí qualquer consequência na prestação de cuidados. Enquanto decorre o programa, caso as enfermeiras detetem alguma situação que mereça a intervenção da enfermeira de família ou de outro profissional da equipa, encaminharão o utente para que este possa beneficiar dos cuidados de saúde necessários à sua condição.

Avaliação do programa

Revisões sistemáticas efetuadas em torno dos programas educacionais na diabetes têm destacado algumas fragilidades nas metodologias de avaliação. Os estudos salientam que, grande parte dos programas, utiliza maioritariamente medidas fisiológicas para validar a sua eficácia, embora alguns se sirvam também de parâmetros comportamentais e de variáveis psicológicas (Egginton *et al.*, 2012; Menino *et al.*, 2013).

Uma vez que o programa “*Viver em harmonia com a diabetes*” tem um duplo objetivo: melhorar a capacidade da pessoa para gerir a sua diabetes integrando-a na sua vida, e

melhorar as competências dos enfermeiros para prestar cuidados à pessoa com doença crónica, as medidas de avaliação centrar-se-ão tanto no processo como nos resultados e terão como alvo as pessoas com diabetes, mas também os enfermeiros que com elas trabalham. Para tal recorreremos a técnicas quantitativas (questionários) e qualitativas (entrevistas estruturadas).

A avaliação do impacto do programa nas pessoas com diabetes é realizada através da aplicação de um conjunto de instrumentos, em entrevista individual, em dois momentos: antes da implementação do programa e após o final do programa. Os resultados incidem sobre *aspectos sociocognitivos* (conhecimentos sobre a diabetes; representações de doença; autoeficácia; suporte social) e *comportamentais* (autocuidado com a diabetes); sobre a *qualidade de vida* e sobre *medidas fisiológicas* (valores glicémicos, valores tensionais, peso, perímetro abdominal e índice de massa corporal). Um mês após o programa são efetuadas entrevistas semiestruturadas a alguns dos participantes para auscultar se houve alterações na gestão do regime terapêutico e no controlo da doença. O SAPE também permitirá monitorizar, através dos diagnósticos de enfermagem, a evolução da pessoa relativamente a alguns focos de atenção.

Para a avaliação do processo junto das enfermeiras, a investigadora principal utiliza a técnica da observação participante que lhe permite, para além de captar os significados e experiências que estas vivenciam ao longo da implementação do programa, verificar se a incorporação do novo modelo de abordagem é efetiva ou se tendem a perpetuar o tradicional modelo de abordagem centrado na doença. Porque nos situamos num contexto de IA, os dados colhidos durante a observação serão partilhados com a equipa de enfermeiras, possibilitando novas adaptações e eventuais alterações que se julguem necessárias ao programa. O impacto do programa nos cuidados de enfermagem será avaliado ao fim de um ano do início da sua implementação, através de entrevistas estruturadas às enfermeiras dinamizadoras, com o intuito de explicitar a natureza e o processo de mudança que possa ter ocorrido.

4.6 IMPLICAÇÕES DO PROGRAMA

Sendo consensual que a implementação de intervenções educativas tem-se demonstrado útil, ainda que de forma mais ou menos evidente, na melhoria de algumas variáveis psicossociais, comportamentais e clínicas, o programa “*Viver em harmonia com a diabetes*”, baseado na filosofia do *empowerment*, pretende apoiar a pessoa no sentido de a tornar perita na gestão desta patologia, integrando-a na sua rotina diária. Desta forma,

a pessoa poderá experienciar uma maior sensação de controlo da sua saúde, refletindo-se positivamente na sua vida e ajudando-a a manter níveis motivacionais que propiciem a adesão ao regime terapêutico.

O percurso que levou à delineação do programa foi pautado pela auscultação das necessidades dos clientes e pelo empenho, reflexão e estudo de um grupo de enfermeiros que ambiciona mudar as suas práticas, prestando melhores cuidados. Espera-se contribuir para um *core* de conhecimentos e competências em enfermagem que se refletirá numa prática mais avançada e mais significativa para as pessoas utilizadoras dos serviços de saúde. Pensamos que este tipo de abordagem potencia também o empoderamento dos próprios profissionais de saúde uma vez que permite que, através de cuidados centrados no cidadão, incidam a sua atenção em outras áreas importantes para as pessoas, que não somente na vigilância de parâmetros clínicos e na transmissão de informação, permitindo que mobilizem os conhecimentos científicos e capacidades adquiridas quer na sua formação de base, quer ao longo do desenvolvimento da sua atividade profissional.

Em termos de custos para os serviços de saúde, o facto de o programa ser desenvolvido pelas enfermeiras que integram a UCC, não exigindo portanto outros recursos humanos ou materiais, comporta custos mínimos. No entanto, o currículo do programa é também suscetível à colaboração de outros técnicos, o que potencia a parceria com instituições externas aos centros de saúde, especificamente, neste caso, com organizações desportivas, promovendo o aproveitamento de recursos comunitários. Por fim, e olhando numa perspetiva mais economicista, parece-nos expectável que se as pessoas com doença crónica se sentem capazes de mobilizar competências para gerir o mais autonomamente possível a sua saúde e controlar a sua doença, utilizando os recursos de saúde de uma forma equilibrada e racional, tal pode traduzir-se em benefícios para o SNS, contribuindo para a sua sustentabilidade.

4.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta. Acedido em agosto, 2013, em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/1/Paradigma%20Qualitativo%20e%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Educacional.pdf>

- American Association of Diabetes Educators (2009). *Guidelines for the practice of diabetes education*. Acedido em Agosto, 2013, em <http://www.diabeteseducator.org>.
- Anderson, R. & Funnell, M. (2005). *The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators*, (2nd ed.) Virginia: American Diabetes Association.
- Atak, N.; Gurkan, T. & Kose, K. (2008). The effect of education on knowledge, selfmanagement behaviours and self efficacy of patients with type 2 diabetes. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 66-74.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling. Issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 3 (30), 564-572.
- Barlow, J.; Wright, C.; Sheasby, J.; Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management of chronic conditions: a review. *Patients Education and Counseling*, 48, 177-187. DOI: 10.1016/S0738-3991(02)00032-0.
- Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Chodosh, J. [et al.] (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine*, 143 (6), 427- 438.
- Coleman, M. & Newton, K. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72 (8), 1503-1510.
- Coster, S. & Norman, I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (4), 508-528.
- Coulter, A. & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions: a review of the evidence*. London: The Health Foundation. Acedido em maio, 2012, em <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/526/Patient%20focused%20interventions.pdf?realName=juNCmR.pdf>

- Deakin, T.; Cade, J.; Williams, R. & Greenwood, D. (2006). Structured patient education: the Diabetes X-PERT Programme makes a difference. *Diabetes Medicine*, 23, 944-954. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2006.01906.x.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, artigo 11.º. *Diário da República*, n.º 38/2008 - 1.ª série. Acedido em fevereiro, 2012, em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/639D1F2C-07BD-4ED3-8EA3-53FBB5EE0F30/0/0118201189.pdf>
- Deloitte & Accenture (2004). O processo de mudança associado à implementação de um ERP na Administração Pública Portuguesa. *Informação & Informática*, 28, 38-41.
- Department of Health UK. (2010). *Improving care for people with long term conditions: 'at a glance' information sheets for healthcare professionals*. Acedido em novembro, 2012, <https://www.gov.uk/government/publications/improving-care-for-people-with-long-term-conditions-at-a-glance-information-sheets-for-healthcare-professionals>
- Direcção-Geral da Saúde (2000). *Educação terapêutica na diabetes mellitus*. Circular Normativa n.º 14/DGCG de 12/12/2000. Ministério da Saúde. Acedido em novembro, 2013, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013201.pdf>
- Dolbec. A. (2003). A Investigação-acção. In Gauthier, B. (Ed.) *Investigação social: da problemática à colheita de dados* (3.ª ed.) (pp.483-512). Lusociência.
- Egginton, J. [et al.] (2012). Care management for type 2 diabetes in the United States: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. Acedido em novembro, 2013, em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/72>. DOI:10.1186/1472-6963-12-72.
- Funnell, M. [et al.] (2009). National standards for diabetes self- management education. *Diabetes Care*, 32, Supplement 1, S87-S94. DOI: 10.2337/dc08-S097.
- Holt, P. (2009). *Diabetes in hospital: a practical approach for healthcare professionals*. UK: Wiley-Blackwell, 173-191.
- International Diabetes Federation (2011). *Diabetes self-management education: a right for all. Position Statement: Self-management Education*. Acedido em dezembro, 2013, em <http://www.idf.org/education/self-management-education>

- Kennedy, A. [et al.] (2010). Delivering the WISE (Whole Systems Informing Self-Management Engagement) training package in primary care: learning from formative evaluation. *Implementation Science*, 5 (7). Acedido em novembro, 2013, em <http://www.implementationscience.com/content/5/1/7>. DOI:10.1186/1748-5908-5-7.
- Lorig, K. & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1), 1-7.
- Macdonald, W., Rogers, A., Blakeman, T. & Bower, P. (2008). Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (2), 191-199. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04585.x.
- Mack, N.; Woodson, C.; MacQueen, K.; Guest, G. & Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: a data collector's field guide*. Family Health International.
- Meleis A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. & Schumacher. K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* 23 (1), 12-28.
- Menino, E., Dixe, M., Louro, M. & Roque, S. (2013). Programas de educação dirigidos ao utente com diabetes mellitus tipo 2: revisão sistemática da literatura. *Referência III* (10), 135-143.
- Molsted, S.; Tribler, J.; Poulsen, P. & Snorgaard, O. (2012). The effects and costs of a group-based education programme for self-management of patients with type 2 diabetes: a community-based study. *Health Education Research*, 27 (5), 804-813. DOI:10.1093/her/cyr053.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2003). Guidance on the use of patient education models for diabetes. *Technology Appraisal 60*. NICE, London. Acedido em novembro, 2012, em <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/60Patienteducationmodelsfullguidance.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). How to change practice. Acedido em novembro 11, 2012, em <http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/barrierstochange.jsp>
- Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de

Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.

- Pereira, D., Costa, N., Sousa, A., Jardim, P. & Zanini, C. (2012). Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (3), 478-485.
- Redman, B. (2001). *A prática da educação para a saúde* (9.^a edição). Loures: Lusociência.
- Rogers, A., Lee, V. & Kennedy, A. (2007). Continuity and change? Exploring reactions to a guided self-management intervention in a randomised controlled trial for IBS with reference to prior experience of managing a long term condition. *Trials*, 8 (6). Acedido em novembro, 2012, em <http://www.trialsjournal.com/content/8/1/6>. DOI:10.1186/1745-6215-8-6.
- Sigurdardottir, A. & Jonsdottir, H. 2008. Empowerment in diabetes care: towards measuring empowerment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22 (2), 284-91. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00506.x.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem - uma teoria explicativa da mudança*. Editoras Formasau e Escola Superior de Enfermagem de São João.
- Skinner, T. [et al.], (2006). Diabetes education and self- management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND): Process modeling of pilot study. *Patients Education and Counseling*, 62, 369-377. DOI: 10.1016/j.pec.2006.04.007.
- Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde - um modelo explicativo*. Editora Formasau.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (5.^a ed.). Lusociência, Edições Técnicas e Científicas. Lda.
- Torres, H., Hortale, V. & Schall, V. (2003). A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cadernos Saúde Pública*, 19 (4), 1039-1047.
- Vadstrup, E., Frølich, A., Perrild, H., Borg, E. & Røder, M. (2012). Lifestyle intervention by group-based rehabilitation versus individual counseling in type 2 diabetes: 1-year

follow-up of the Copenhagen type 2 diabetes rehabilitation project. *Journal of Diabetes Mellitus*, 2 (3), 308-315. DOI: 10.4236/jdm.2012.23048

World Health Organization (2008). *Cuidados de saúde primários – Agora mais que nunca*. Relatório mundial de saúde 2008. Acedido em fevereiro, 2013, em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

5. IMPACTO DE UM PROGRAMA EDUCACIONAL NAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS, NOS COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO E NOS MARCADORES CLÍNICOS, EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Introdução: O tratamento da diabetes é consensualmente apontado como exigente e complexo. Considerando a educação como uma estratégia fundamental para capacitar a pessoa a integrar a diabetes na sua vida e a gerir eficazmente o regime terapêutico, desenvolvemos o programa “*Viver em harmonia com a diabetes*”. Tendo subjacente a teoria do *empowerment*, o programa privilegia uma abordagem centrada na pessoa e pretende abranger um conjunto de variáveis que interfere nos comportamentos de autocuidado. Este estudo pretende avaliar o seu efeito nas variáveis psicossociais: conhecimentos, representações de doença, autoeficácia e suporte social, nos comportamentos de autocuidado com a diabetes, na qualidade de vida e nos marcadores clínicos.

Método: Baseado nos princípios de investigação-ação, desenvolvemos um estudo longitudinal, recorrendo a uma amostra não probabilística de 86 pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, diagnosticada há mais de 12 meses, que frequentavam a consulta de enfermagem de dois Centros de Saúde. Para avaliar a eficácia do programa utilizamos metodologias quantitativas e qualitativas. Os instrumentos utilizados foram: *Questionário sociodemográfico e clínico*; *Questionário dos Conhecimentos da Diabetes*; *The Diabetes Empowerment Scale Short Form*; *Brief Illness Perception Questionnaire*; *Escala das Atividades de Autocuidado com a Diabetes*; *Questionário da Qualidade de Vida*; *Questões sobre o Suporte Familiar*. Foram também monitorizados alguns marcadores clínicos como tensão arterial, peso, perímetro abdominal, índice de massa corporal e hemoglobina glicosilada. Os dados foram recolhidos em dois tempos: antes e após o programa. Para procedermos a uma triangulação de dados realizámos a 21 dos participantes uma entrevista estruturada, entre o 1.º e o 6.º mês após a intervenção.

Resultados: O programa teve um impacto positivo, com diferenças estatísticas, nos conhecimentos, nas representações de doença, na autoeficácia percebida, nos comportamentos de autocuidado relacionados com a alimentação, com a atividade física e com os cuidados aos pés, e na maioria dos marcadores clínicos, com exceção do IMC. O suporte social e a qualidade de vida, embora apresentando melhorias, não obtiveram

valores estatisticamente significativos, o mesmo acontecendo com os cuidados relacionados com a medicação e com a monitorização glicémica.

Conclusão: Após a implementação do programa as pessoas apresentaram melhorias na maioria das variáveis psicossociais, na adesão ao regime terapêutico e nos marcadores clínicos. O programa promoveu o envolvimento do cliente na gestão da sua saúde, na procura e implementação de estratégias adaptativas, na tomada de decisões e na resolução de problemas.

5.1 INTRODUÇÃO

A diabetes continua a aumentar a um ritmo preocupante (IDF, 2011). Embora sendo uma doença crónica, poderá ser controlada com o tratamento adequado, permitindo que a pessoa viva sem grandes limitações (SPD, 2013a). Este tratamento assente em três pilares fundamentais, a alimentação, o exercício físico e a medicação, pode implicar mudanças comportamentais exigindo a adoção de novos estilos de vida. Porém, não basta informar a pessoa sobre as alterações que tem que fazer. Os estudos disponíveis têm alertado para o contributo de inúmeras variáveis na mudança de comportamentos. A OMS considera a adesão como um fenómeno multidimensional determinada pela inter-relação de um conjunto de fatores (WHO, 2003). Especificamente na diabetes, a investigação produzida tem destacado algumas variáveis que podem influenciar a adesão, e que se encontram reunidas em quatro grupos: as *características da doença e do tratamento* (complexidade do tratamento; duração da doença e natureza dos cuidados); os *fatores intrapessoais* (idade, sexo, autoestima, autoeficácia, stresse, depressão e abuso de álcool); os *fatores interpessoais* (qualidade da relação entre profissionais de saúde e suporte social); e os *fatores ambientais* (aspetos políticos, pressões culturais, ambientes hostis) (WHO, 2003). Na perspetiva dos clientes com diabetes, o estudo que realizamos anteriormente, na fase diagnóstica, revelou-nos categorias similares. Os clientes consideraram que os seus comportamentos com a doença eram influenciados por aspetos inerentes a si próprios, como as atitudes e crenças, os conhecimentos, as emoções, a memória e os processos corporais, a que designamos por *condições intrapessoais*. Porém, os aspetos relacionados com os recursos económicos, com o apoio familiar, com o suporte dos profissionais de saúde, com os afazeres diários e com as condições climáticas, que referimos como *condições externas à pessoa*, integraram também o discurso dos clientes. Todas estas condições devem ser consideradas no planeamento dos cuidados e o profissional de saúde deve seguir um processo sistemático na identificação de potenciais barreiras. Deve ainda,

sempre que o cliente reúna condições, apostar na sua motivação intrínseca, ajudando-o a perceber a importância da adoção de comportamentos de adesão e reforçando a sua confiança, investindo na melhoria das capacidades que ele tem para gerir eficazmente a diabetes (WHO, 2003). Perante o diagnóstico desta doença e a complexidade do seu regime, facilmente se compreende que a pessoa terá que mobilizar e desenvolver um conjunto de competências de modo a adaptar-se a uma nova condição de saúde.

À luz da teoria das transições, esta pessoa poderá encontrar-se num processo de transição saúde-doença e, portanto, ficar numa situação de maior vulnerabilidade. Importa então ajudá-la a perceber e incorporar no seu quotidiano as mudanças que decorrem do seu estado de saúde, facilitando o processo de transição (Meleis *et al.*, 2000). A preparação para a transição é considerada como uma terapêutica de enfermagem, sendo que a educação é fundamental para criar condições facilitadoras para que este processo se realize (Schumacher & Meleis, 2010).

A educação, que engloba a autovigilância e o autocontrolo, permite que a pessoa consiga gerir o tratamento e integre as alterações que ele possa originar na sua vida. O seu conceito refere-se, neste contexto específico, ao processo onde atividades como o ensinar e o aconselhar estão orientadas para ajudar as pessoas a descobrir estratégias eficazes para resolver os seus problemas. A educação remete para a expansão do repertório de recursos internos dos clientes para lidarem com as transições que experienciam, na medida em que a preparação e o conhecimento são condições pessoais internas que podem condicionar o curso das transições (Meleis *et al.*, 2000). Também a Federação Internacional da Diabetes (IDF, 2011) assume a relevância da educação, considerando-a como uma componente fundamental nos cuidados, que deve estar acessível a qualquer pessoa. A educação e o suporte à autogestão devem permitir que a pessoa com diabetes possa tomar decisões informadas, que se adapte às novas exigências impostas pela doença e que se sinta apoiada nas alterações comportamentais que tem que fazer, de forma a gerir e controlar a sua condição de saúde (IDF, 2011).

Os programas educacionais apresentam-se como uma estratégia de intervenção válida e podem ser direcionados para as várias condições crónicas. Assentes em diferentes modelos de intervenção e abarcando distintas variáveis, os seus resultados, de um modo geral, sugerem melhorias em aspetos psicossociais, comportamentais e também em marcadores biológicos (Anderson *et al.*, 2005; Anderson *et al.*, 2009; Atak *et al.*, 2008; Baljani *et al.*, 2012; Bayat *et al.*, 2013; McGowan, 2011; Molsted *et al.*, 2012; Pourghazneina *et al.*, 2013). Todos os programas, desde o mais simples até ao mais complexo, têm como finalidade promover o envolvimento da pessoa nos seus próprios

cuidados, de forma a capacitá-la para gerir a sua condição de saúde. É certo que a capacitação dos clientes é adequada para os que não apresentam limitações cognitivas; no fundo, que encerram condições, nomeadamente pessoais, que permitem que sejam “desafiados” à concretização do seu potencial de autogestão e autocuidado. Contudo, Coster e Norman (2009) concluíram que os que adotaram o *empowerment* como modelo teórico subjacente e priorizaram os cuidados centrados no cidadão, parecem ter sido os mais eficazes. Schumacher, Jones e Meleis (2010), referem que a perceção de *empowerment* está associada a uma transição saudável, pois as pessoas recuperam o controlo sobre as suas vidas, sentindo-se capazes de tomar decisões e de as implementar. Molsted e colegas (2012) desenvolveram um programa baseado neste modelo e obtiveram resultados positivos em várias dimensões do regime terapêutico, do controlo glicémico e dos fatores de risco cardiovascular. Demonstraram também que, em termos financeiros, este tipo de programa tem um custo reduzido quando comparado com os encargos que podem decorrer das complicações da doença. Enfatizaram também os potenciais ganhos quando se verifica um decréscimo na hemoglobina glicosada, reduzindo o risco relativo de complicações, evitando hospitalizações, tratamentos e custos, associados à reabilitação (Molsted *et al.*, 2012). Estes ganhos têm um impacto significativo nos custos a serem suportados por clientes e sistemas de saúde. Em Portugal, os custos diretos com a diabetes têm vindo a aumentar, concorrendo com cerca de 8 a 9% da despesa em saúde em 2012, ascendendo no entanto para 12%, se considerarmos o custo médio das pessoas com diabetes (SPD, 2013a).

A abordagem baseada no *empowerment* reconhece que são os utentes que controlam as decisões acerca da gestão da sua diabetes. A responsabilidade dos profissionais como educadores consiste em ajudar as pessoas a tomarem decisões informadas acerca da gestão da sua diabetes (Anderson & Funnell, 2005). Não se pretende resolver os problemas da pessoa mas antes, através do questionamento, levá-la a pensar e consciencializar as suas próprias respostas, recursos e potencialidades (Anderson & Funnell, 2005). Na experiência destes autores, o sucesso na relação educacional e nos cuidados começa com a discussão sobre quem é responsável pelo quê na gestão da diabetes. Embora o profissional não possa aliviar o cliente das suas responsabilidades, pode trabalhar com ele diversas competências ajudando-o a mobilizar recursos internos e externos (Anderson & Funnell, 2005). Assim, pode fornecer informação ajudando-o a mobilizar conhecimentos para que possa tomar decisões informadas, pode instruir e treinar com ele habilidades para realizar o autocuidado, pode contribuir para a melhoria no suporte social e emocional, e pode orientá-lo para mudanças comportamentais e

estratégias de *coping*. Neste contexto, o enfermeiro procura criar oportunidades para que o cliente reflita sobre as suas escolhas e sobre os objetivos que pretende atingir (ibidem).

Moreira (2007) destaca como aspeto positivo do *empowerment* o facto da decisão a tomar ser enquadrada no conceito de projeto de vida/saúde do cliente e não somente dirigida para o plano de intervenção na doença. No entanto, o mesmo autor refere que alguns estudos de investigação, baseados no *empowerment*, apresentam ainda intervenções muito prescritivas, sobretudo orientadas para a doença e muito concretamente para a adesão ao regime terapêutico. Coloca-se, então, o desafio para a mudança de valores, promovendo uma cultura, no Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde o cidadão esteja no centro do sistema (Moreira, 2007).

O programa desenvolvido no presente estudo designa-se por “*Viver em harmonia com a diabetes*”, tem por base a teoria do *empowerment*, privilegia uma abordagem centrada na pessoa e pretende abranger um conjunto de variáveis, derivadas da literatura e de um processo de identificação de oportunidades de melhoria dos cuidados (à escala do contexto do nosso estudo) que interferem nos comportamentos de autocuidado, nomeadamente os conhecimentos, as crenças, a autoeficácia e o suporte social. Aumentar as competências cognitivas é um objetivo comum aos programas educacionais pois esta variável interfere nos comportamentos de autocuidado (Al-Qazaz *et al.*, 2010; Moodley & Rambiritch, 2007; WHO, 2005), permitindo que as pessoas tomem decisões esclarecidas. Fornecer informação e educar é considerado o primeiro passo na promoção do *empowerment* (Meetoo & Gopaul, 2005). Na gestão diária da doença a pessoa é confrontada com inúmeras situações que a desafiam a mobilizar as informações que detém, no sentido de a controlar, e minimizar o impacto que esta possa trazer ao seu bem-estar. Se os conhecimentos, por si só, não levam a mudanças comportamentais, a verdade é que constituem um recurso valioso na capacitação da pessoa para assumir a gestão do seu projeto de saúde. No processo de transição saúde-doença esta variável é fundamental pois, para além de ser determinante na gestão do regime terapêutico, influencia na consciencialização, bem como no envolvimento e na forma como as pessoas interpretam a realidade e como agem sobre ela, sendo por isso considerado como um indicador de processo e de resultado (Bastos, 2012).

As crenças ou representações de doença funcionam como um esquema mental formado, ativado e modificado, em resposta a um conjunto de fatores como a natureza dos sintomas, o conhecimento prévio sobre a doença e a informação fornecida por especialistas, mas também pelas pessoas envolventes e significativas (Petrie, Jago & Devich, 2007). Representam a opinião que as pessoas têm perante assuntos

relacionados com a sua saúde, influenciando o modo como reagem e lidam com a doença crónica (Broadbent *et al.*, 2011; Figueiras *et al.*, 2009). Constructos como a suscetibilidade, severidade, obstáculos e benefícios percebidos, disposições para agir e percepção de autoeficácia, têm merecido a atenção de vários investigadores que demonstraram a sua influência na adoção de comportamentos de saúde (Bayat *et al.*, 2013; Pourghazneina *et al.*, 2013). Compreende-se então que os programas educacionais devam contemplar intervenções que potenciem a reestruturação das crenças de saúde.

Por sua vez, a autoeficácia está relacionada com maior adesão a comportamentos de autocuidado (Tol *et al.*, 2012; Wallston, Rothman & Cherrington, 2007; Yoo *et al.*, 2011). Segundo Wallston e colegas (2007), a crença na autoeficácia influencia as pessoas nas escolhas que fazem acerca da sua saúde, nos objetivos que traçam para si mesmas, no esforço que empreendem para os atingir e na persistência em manter comportamentos saudáveis, mesmo perante obstáculos.

O suporte social é reconhecido na literatura científica como um dos aspetos que mais prediz os comportamentos de autocuidado (Uchenna *et al.*, 2010). A diabetes não tem só impacto na pessoa mas também nos familiares que com ela convivem. A influência da família também se repercute no controlo da doença, pois os hábitos de vida que a pessoa adota são fortemente determinados pelo ambiente que a rodeia. Neste sentido, envolver as pessoas significativas nos cuidados poderá facilitar a autogestão da doença crónica (Levesque *et al.*, 2012; Uchenna *et al.*, 2010; Vicarelli & Bronzini, 2009), diminuir o stress associado à doença (Brides *et al.*, 2012) e facilitar o processo de transição (Meleis *et al.*, 2000).

5.2 OBJETIVOS

Pretende-se, com este estudo, avaliar o efeito do programa educacional, previamente descrito, nas variáveis psicossociais (conhecimentos, representações de doença autoeficácia e suporte social), nos comportamentos de autocuidado com a diabetes, na qualidade de vida e nos marcadores clínicos (hemoglobina glicosada, pressão arterial sistólica e diastólica, peso, perímetro abdominal e índice de massa corporal).

5.3 MÉTODO

Estudo longitudinal, comparativo e misto, utilizando metodologias quantitativas e qualitativas.

5.3.1 Participantes

Recorremos a uma amostra não probabilística, tipo sequencial e temporal que, de acordo com Pais-Ribeiro (2010), é vulgarmente utilizada em contexto de estudos no âmbito da saúde. Participaram 86 pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, diagnosticada há mais de 12 meses, que frequentam a consulta de enfermagem do Centro de Saúde Chaves 1, do ACES de Alto Trás-os-Montes II- Alto Tâmega e Barroso e do Centro de Saúde de Murça do ACES de Douro I- Marão e Douro Norte, que aceitaram participar no estudo. Foram excluídos os participantes que apresentaram: alteração nas capacidades cognitivas que impossibilitassem a gestão da diabetes; alterações nas capacidades cognitivas impeditivas de uma comunicação eficaz; idade superior a 75 anos; com comorbilidades severas (como: doença renal, com recurso a tratamento dialítico; insuficiência cardíaca de classe 3 e 4; doença oncológica em fase de tratamento por quimioterapia e/ou radioterapia; doenças neurológicas em estádios avançadas como doença de Parkinson); e intolerância à atividade intensa, a qual foi determinada através de aplicação de uma escala de intensidade derivada da Classificação de Resultados em Enfermagem – NOC (Johnson, Maas & Moorhead, 2008).

5.3.2 Instrumentos

Questionário sociodemográfico e clínico construído pelos autores para este estudo. O questionário contempla vários itens de formato variável (perguntas fechadas e abertas), sendo constituído por duas partes. A primeira, que permite efetuar uma caracterização sociodemográfica, integra as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, profissão (atual ou anterior) e agregado familiar. A segunda parte inclui variáveis clínicas como: idade do diagnóstico, início do tratamento com antidiabéticos orais, dificuldades específicas sentidas com o tratamento, comorbilidades e sua relação com a diabetes, antecedentes familiares e seu parentesco e informação específica sobre a diabetes. Integra também alguns marcadores clínicos como a hemoglobina glicosilada, tensão arterial, peso, perímetro abdominal e índice de massa corporal.

Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD) desenvolvido por Sousa (2003). O questionário tem por base o modelo de autorregulação de Leventhal e visa identificar os conhecimentos que as pessoas possuem sobre a diabetes e o seu tratamento. É constituída por 34 itens, divididos por 7 dimensões: identidade (4 itens), causas (5 itens), duração (5 itens), tratamento (5 itens), limitações (4 itens), controlo (6 itens) e complicações da diabetes (5 itens). Os itens do QCD apresentam um formato com três opções de resposta, tal como na versão original: *verdadeiro (V)*, *falso (F)* e *não sei (NS)*. O total das respostas corretas (soma das V e F que estão certas) constitui uma medida dos conhecimentos sobre a doença e tratamento. A pontuação da subescala de respostas falsas (mitos ou falsos conceitos) obtém-se adicionando todas as respostas falsas (i.e. indicando conhecimentos errados sobre a diabetes). A soma das respostas incertas (desconhecimento) indica o grau de desconhecimento acerca da doença. Em todas as subescalas, a pontuação varia entre 0 e 1 em que 1 significa que a resposta é dada no sentido da dimensão a avaliar.

O estudo das características psicométricas do QCD desenvolvida no estudo original demonstrou coeficientes alfa de *Cronbach* (α) na subescala dos conhecimentos de 0,76 e na subescala dos desconhecimentos de 0,82 e a análise fatorial obtida encontrou 6 fatores que explicam 43,99% da variância total (Sousa, 2003). No presente estudo, a subescala dos conhecimentos apresentou um alfa de 0,78 e a dos desconhecimentos de 0,83.

The Diabetes Empowerment Scale- Short Form (DES-SF) de Anderson, Fitzgerald, Gruppen, Funnell e Oh (2003) - versão portuguesa, traduzida e adaptada para este estudo por Sousa, Martins & Pereira, 2011. Esta escala, na versão reduzida, resulta do DES, que foi desenvolvido em 2000, por Anderson, Funnell, Fitzgerald e Marrero, com o objetivo de avaliar a autoeficácia psicossocial nas pessoas com diabetes. Este constructo está relacionado com a boa vontade e a capacidade para as pessoas se empenharem em variadas mudanças comportamentais a nível preventivo e de gestão da doença (Anderson *et al.*, 2000). Embora o questionário original fosse composto por 37 itens, distribuídos por oito dimensões, foi reduzido para 28 itens divididos em três subescalas: 1) Gerir aspetos psicossociais da diabetes; 2) Avaliar a insatisfação e a prontidão para mudar; 3) Estabelecer e atingir objetivos da diabetes. O DES foi adaptado e traduzido para a versão portuguesa por Mesquita (2003), mas num estudo realizado com doentes renais. O DES-SF resultou da escolha realizada aos 28 itens, especificamente daqueles que apresentavam uma correlação mais elevada com os oito domínios conceptuais da versão original (Anderson *et al.*, 2003). Esta nova versão reduzida apresenta 8 itens, em que para cada um deles há 5 possíveis respostas: “Discordo totalmente”, “Discordo”,

“Não concordo nem discordo”, “Concordo” e “Concordo totalmente”, cotadas de 1 a 5. O resultado da escala é obtido através da soma de todos os itens dividido por 8, em que valores mais elevados estarão relacionados com maior percepção de autoeficácia psicossocial.

Visto não existir esta nova versão em Português propusemo-nos a fazer a sua tradução e validação, após autorização dos autores. Para tal foram seguidos um conjunto de etapas de forma a assegurar a sua reprodução mais adaptada à realidade nacional. Inicialmente reunimos com 3 tradutores onde foram esclarecidos dos objetivos e dos procedimentos. A escala foi traduzida para português pelos tradutores e, de forma a reunir consensos, foi utilizado um painel de peritos com recurso à técnica do *Thinking aloud* (Somerén, Barnard & Sandberg, 1994). A versão de consensos foi submetida a retrotradução por uma professora de inglês, no sentido de verificar se os itens se mantinham “fiéis” aos originais. Após este processo chegou-se à versão final, optando por se manter o mesmo formato e aparência visual da escala original. A escala designa-se por *Escala do Empowerment na Diabetes* - versão reduzida. Uma vez que a escala foi aplicada pela primeira vez no presente estudo consideramos necessário proceder à avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas.

Características psicométricas do DES-SF na amostra em estudo

Através dos dados obtidos antes da implementação do programa verificamos uma consistência interna, avaliada através do coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,84, sem necessidade de eliminarmos qualquer item para aumentar este valor. Os autores encontraram resultados semelhantes, obtendo valores da fidelidade no estudo original de $\alpha=0,85$ e em um estudo posterior de $\alpha=0,84$ (Anderson *et al.*, 2003). A validade de conteúdo também foi verificada por Anderson e colegas (2003) através das mudanças ocorridas nos níveis de autoeficácia e da hemoglobina glicosilada, depois de um grupo de participantes ter sido submetido a um programa educacional de 6 semanas.

Na presente investigação, ao analisarmos as componentes principais através da rotação Varimax, encontramos, na 1.^a avaliação (antes do programa), três componentes que explicam 79,4% da variância total.

Na 2.^a avaliação (após o programa) a rotação só diferencia duas componentes que explicam 71,4% variância total. A segunda componente integra 2 itens, o item 1 “*Sei com que partes dos cuidados estou insatisfeito*” que satura com a carga máxima, e o item 5 “*Quando necessário posso procurar ajuda para cuidar e viver com diabetes*”. No entanto

este item também satura na primeira componente, apresentando, inclusive, maior carga fatorial. Assim, o resultado vem confirmar a natureza unidimensional da escala. Este achado também nos permite proceder a uma comparabilidade futura com outros estudos.

Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) versão original de Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006), adaptada para o contexto português por Figueiras, Marcelino, Claudino, Cortes, Maroco e Weinman (2009). O Brief IPQ deriva de uma escala mais alargada, o IPQ-R, que na sua construção teve por base o *Modelo de autorregulação do comportamento* (Leventhal *et al.*, 1997; Leventhal & Crouch, 1997). A conceção do Brief IPQ surge da necessidade de construir um questionário mais curto que se adeque a pessoas mais doentes, com uma idade avançada ou com dificuldades na leitura e na escrita, tornando-o mais acessível e de rápido preenchimento. Esta escala permite aceder às crenças que as pessoas têm acerca da sua patologia, isto é, às suas representações de doença. É constituída por 9 itens em forma de questões. Cinco dos itens permitem avaliar as representações cognitivas da doença: Consequências (item 1), Duração (item 2), Controlo pessoal (item 3), controlo do tratamento (item 4) e Identidade (item 5). A representação emocional da doença é avaliada através da preocupação (item 6) e das emoções (item 8). A compreensibilidade da doença é avaliada através do item 7. Todos os itens da escala são cotados de 1 a 10, à exceção do item referente à causa. Os itens 3, 4 e 7 foram invertidos. Valores mais elevados significam uma perceção da diabetes mais negativa. Para avaliar a representação causal foi efetuada uma questão que solicita à pessoa que refira as três principais possíveis causas da sua diabetes, atribuindo-lhe uma hierarquia do fator mais importante para o menos importante. Embora na escala original (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006) a fiabilidade da escala tenha sido estudada através do teste-reteste, como efetuamos um programa de intervenção este procedimento não é recomendado, uma vez que esperamos mudanças de comportamentos e atitudes. Assim, para a estudarmos, optámos por calcular o coeficiente alfa de *Cronbach*, obtendo-se um valor de alfa de 0,72, indicador de uma boa consistência interna.

Escala das Atividades de Autocuidado com a Diabetes, traduzida e adaptada para a população Portuguesa por Bastos, Severo e Lopes (2007) do *Summary of Diabetes Self-Care Activities*, de Hampson e Glasgow (2000). É uma escala de autorrelato com 22 itens, que permite medir o autocuidado na diabetes e portanto, indiretamente, mede a adesão. Avalia a frequência das atividades do regime terapêutico, nomeadamente em 6 dimensões: *dieta geral* (três itens) e *dieta específica* (sete itens), *atividade física* (dois itens), *monitorização da glicemia* (dois itens), *cuidados com os pés* (três itens),

medicamentos (dois itens) e *hábitos tabágicos* (três itens). A escala é parametrizada em dias por semana, variando o *score* de cada item entre 0 e 7, em que 0 representa o valor menos desejável e 7 o mais desejável. Os itens relativos à dimensão da alimentação específica foram invertidos. O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo número destes e os resultados (médias) são expressos em dias por semana (Bastos *et al.*, 2007). Dois dos três itens relativos ao comportamento tabágico são avaliados através de uma escala nominal. No estudo de adaptação este instrumento evidenciou uma consistência interna aceitável (variou entre 0,68 e 0,36) e revelou-se sensível à mudança. Seguindo os procedimentos dos autores calculamos a consistência interna de cada uma das dimensões da escala e obtivemos um alfa de 0,68 na dimensão do teste do açúcar; de 0,60 na alimentação geral; de 0,51 na atividade física; e de 0,39 na alimentação específica, no entanto com possibilidade de aumentar para 0,50 caso fosse eliminado o item “adoçou bebidas com açúcar”. Verificam-se assim valores aceitáveis tendo em conta o baixo número de itens que compõem cada uma das dimensões. O coeficiente alfa da dimensão da medicação não foi calculado pois dois dos três itens que constituem a escala não se adequam à maioria dos utentes.

Questionário da Qualidade de Vida. A avaliação da qualidade de vida resulta de um conjunto de 6 questões sobre a saúde, a diabetes e vários aspetos da vida, oriundas do SF-36 (Ferreira & Santana, 2003) e de trabalhos de investigação desenvolvidos na área da diabetes por Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos (2004). Todas elas são avaliadas através de uma escala de *likert*, em que as opções de resposta variam de acordo com a pergunta: o item 1 indaga sobre a satisfação com a vida e está cotado entre 0 (totalmente insatisfeito) e 10 (totalmente satisfeito); o item 2 questiona sobre a perceção da gravidade da diabetes e varia entre 0 (nada grave) e 10 (muito grave); o item 3 e o 4 referem-se à opinião sobre a saúde e a qualidade de vida, respetivamente, e variam entre 1 (excelente) e 7 (péssimo) e o item 5 interroga sobre o decurso da vida, variando entre 1 (horrível) e 6 (muito feliz). A questão 6 é constituída por 7 itens que abordam a satisfação com o tratamento da diabetes (subitem 1), com o seu controlo (subitem 2) e com as alterações que a pessoa teve que fazer devido à doença (subitem 3), com as expectativas de vida (subitem 4), com a vida sexual (subitem 5), com as necessidades financeiras (subitem 6) e com a aparência pessoal (subitem 7), estando todos cotados entre 1 (muito insatisfeito) e 6 (muito satisfeito). Assim, cotações mais elevadas nos itens 1, 5 e 6 sugerem uma perceção mais positiva, enquanto cotações mais altas nos itens 2, 3 e 4, apontam para uma perceção mais negativa.

O *Suporte familiar* é avaliado através de 4 questões construídas especificamente para o presente estudo. Na primeira questão, referente ao apoio sentido pela pessoa por parte

da sua família para gerir o regime terapêutico, o participante pode posicionar-se numa escala de *likert* com 4 opções de resposta que vão desde: “Sim, ajuda-me muito” a “Dificulta o meu cuidado”. As três questões seguintes estão formuladas de forma aberta e pretendem saber qual dos membros da família é que contribui com mais suporte e de que forma esse contributo pode ser facilitador ou dificultador na gestão da diabetes.

Recorremos a alguns parâmetros considerados marcadores dos *fatores de risco*, monitorizando os valores tensionais (TA), o peso (P), o perímetro abdominal (PA), o índice de massa corporal (IMC) e a hemoglobina glicosada (HbA1c). Estes parâmetros são recolhidos diretamente com o cliente excetuando a HbA1c, que é consultada no respetivo processo clínico.

Utilizamos a técnica da *entrevista estruturada* com uma subamostra de conveniência constituída por 21 clientes que participaram no programa, para procedermos a um estudo confirmatório dos resultados obtidos através dos questionários. Este tipo de entrevista baseia-se em um conjunto de questões pré-determinadas e num conjunto limitado de categorias de resposta (Aires, 2011). Pretendendo saber qual o impacto do programa na gestão diária da diabetes, o guião da entrevista integrou questões sobre as crenças, os conhecimentos, a perceção de autoeficácia, os cuidados com a alimentação, o exercício, a medicação e a autovigilância.

5.3.3 Procedimentos

Os utentes que cumpriam os critérios de inclusão foram enviados para o programa através do médico de família, enfermeiro de família ou enfermeiro da unidade de cuidados na comunidade (UCC). Os utentes foram esclarecidos sobre os objetivos do programa. Uma vez que o programa estava integrado nos projetos das unidades de saúde, as pessoas foram informadas de que os dados que resultassem dos questionários e da avaliação diagnóstica dos profissionais seriam registados no seu processo clínico, assegurando assim a confidencialidade das informações. Também foram esclarecidos acerca da possibilidade de abandonarem o programa se assim o desejassem, e que essa decisão não interferiria futuramente nos cuidados de saúde. Após fornecerem o consentimento informado, e antes de serem submetidos ao programa educacional, os utentes foram convidados a preencher um conjunto de questionários que permitiam uma caracterização sociodemográfica e clínica, bem como das variáveis psicossociais e comportamentais em estudo (Anexo 6). Foram também recolhidos dados sobre os marcadores clínicos. Um mês após o término da intervenção foram aplicados novamente

os mesmos questionários aos participantes para saber qual o impacto do programa nas variáveis em estudo. Fazendo uso da combinação de metodologias, entre os 1 e os 6 meses após esta última avaliação por questionário, foi realizada uma entrevista, a uma subamostra de 21 participantes. Realizamos entrevistas estruturadas, tendo um conjunto de perguntas pré estabelecidas (Anexo 7) e, portanto, um conjunto limitado de categorias de resposta (Fontana e Frey, 1994, cit. por Aires, 2011). Neste tipo de entrevista pretendemos obter dados mais sistemáticos e conclusões mais gerais (Colás & Buendía, 1992, cit. por Aires, 2011).

Pretendemos com a triangulação metodológica (Aires, 2011), não só confirmar os dados obtidos por via dos questionários, mas também encontrar possíveis contradições que possam contribuir para o entendimento do fenómeno em estudo. A realização destas entrevistas foi precedida por uma explicação detalhada sobre os seus objetivos e pela obtenção do consentimento informado. Os participantes autorizaram que as entrevistas fossem gravadas em suporte áudio. Cada uma das entrevistas decorreu num gabinete e tiveram uma duração média de 30 minutos.

O programa foi desenvolvido pelas enfermeiras da UCC e implementado em 9 sessões de grupo, que decorreram semanalmente, com uma duração de, aproximadamente, 2 horas por sessão, sendo o final reservado a um espaço de convívio e lanche. Cada grupo de intervenção era constituído entre 6 a 10 participantes – clientes com diabetes. Para efeitos do estudo da eficácia do programa só foram considerados os participantes que estivessem presentes, no mínimo, em 7 sessões. Estas decorreram habitualmente nas respetivas unidades de saúde, mas também foram realizadas algumas nas instalações das juntas de freguesia para facilitar a acessibilidade aos utentes. Os conteúdos do programa educacional foram agrupados em 4 módulos:

1.º Módulo: *O que é para mim a diabetes;*

2.º Módulo: *Como é que a diabetes afeta o meu dia-a-dia;*

3.º Módulo: *Quais os meus objetivos em relação à diabetes;*

4.º Módulo: *Como posso gerir a minha diabetes através da alimentação, do exercício físico, da medicação e da autovigilância.*

Privilegiou-se uma abordagem interativa e essencialmente prática, no sentido de trabalhar com as pessoas competências para a tomada de decisão e para a resolução dos seus problemas diários. Estas enfermeiras encontravam-se motivadas para prestar cuidados inovadores, centrados no cidadão, tendo frequentado previamente sessões de

sensibilização sobre o modelo do *empowerment*. Estas sessões contemplaram também um espaço de discussão onde foram antecipados os possíveis obstáculos que poderiam ocorrer durante a implementação do programa e as possíveis estratégias para os ultrapassar.

5.3.4 Tratamento da informação

Pelo facto de utilizarmos uma metodologia do tipo misto, o tratamento de dados implicou diferentes estratégias.

As variáveis recolhidas através de escalas foram introduzidas numa base de dados informatizada e processadas através do programa de estatística SPSS (*Statistical Program for Social Sciences* – versão 21.0) e analisada através de estatística paramétrica e não paramétrica, conforme adequado.

Efetuamos uma análise descritiva com valores das frequências absolutas e relativas, de dispersão e de tendência central. Para comparação de médias de amostras independentes recorremos ao teste *t de Student* e para compararmos as mesmas variáveis ao longo da implementação do programa utilizamos o teste *t para amostras emparelhadas*. Utilizamos o *McNemar test* (teste não paramétrico) para avaliar diferenças intrasujeitos entre dois momentos, em variáveis nominais.

Os dados que emergiram das entrevistas estruturadas foram integrados nas categorias previamente estabelecidas, referentes às crenças, aos conhecimentos acerca da doença, à autoeficácia, à gestão da alimentação, da medicação e da atividade física, à monitorização glicémica e aos cuidados aos pés. Através da análise de conteúdo das questões inicialmente determinadas, foi possível verificar se houve alterações nas variáveis em estudo e se essas alterações foram influenciadas pelo programa.

5.4 RESULTADOS

Apresentamos os resultados obtidos através dos questionários e das entrevistas, remetendo a sua discussão para o subcapítulo seguinte.

Caracterização sociodemográfica e clínica

Participaram no programa um total de 86 pessoas, 48 mulheres (55,8%) e 38 homens (44,2%), com uma idade média de 65,6 anos ($Mn=33$; $Mx=75$; $DP=7,31$), sendo que a maior parte ($n=70$; 81,4%) se encontram com 60 anos ou mais. A maioria dos participantes é casada ou vive em união de facto ($n=61$; 70,9%). Assim, 38 casos (44,2%) vivem apenas com o cônjuge/companheiro, 23 (26,7%) vivem também com os filhos, 13 (15,1%) vivem sozinhos e os restantes 12 participantes encontram-se em outras situações (família alargada, só com os filhos ou em novos relacionamentos). Em termos laborais, a maioria já não se encontra ativa, por motivo de reforma ou invalidez ($n=58$; 67,4%). Nove (9) pessoas (10,5%) encontram-se numa situação de desemprego. Quanto às habilitações literárias, encontramos-nos perante uma população com baixa escolaridade ($M=4,8$ anos; $Mn=0$; $Mx=12$; $DP=7,31$), com diferenças estatisticamente significativas ($t(82)=-2,36$; $p=0,020$) entre os homens ($M=5,46$; $DP=2,56$) e as mulheres ($M=4,19$; $DP=2,35$). A maior parte das pessoas frequentou apenas o 1.º ciclo ($n=61$; 72,6%) e somente 4 participantes concluíram o ensino secundário (4,8%). De notar que 2 pessoas (2,4%) não frequentaram a escola. Em termos de profissão atual ou anterior, de acordo com a classificação nacional das profissões, o grupo profissional que mais se destaca é o grupo dos trabalhadores não qualificados ($n=16$; 18,6%), seguido pelo grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e de vendedores ($n=15$; 17,4%). Sendo a amostra composta maioritariamente por mulheres, uma parte considerável das participantes ($n=28$; 32,6%), não exerceu qualquer trabalho remunerado, dedicando-se às tarefas domésticas.

Em termos clínicos, a idade média do diagnóstico da diabetes foi aos 54 anos ($DP=9,7$) e todos fazem medicação para controlar a diabetes. Mais de metade dos participantes ($n=47$; 54,7%) refere ter familiares com a mesma patologia (pais, irmãos, tios, avós) e destes, 29 (61,7%) têm ascendentes diretos com a patologia. Em média, a diabetes foi diagnosticada há cerca de 11,7 anos ($DP=8,50$). Em termos de comorbilidades, verificamos que os problemas de saúde que mais afetam os participantes são os problemas visuais ($n=71$; 82,6%) e a hipertensão ($n=71$; 82,6%), seguidos da colesterolemia ($n=66$; 76,7%). Pretendíamos saber se as pessoas relacionavam os seus problemas de saúde com a diabetes, dando-lhes 3 hipóteses de resposta: *estão relacionados*, *não estão relacionados* ou *não sei*. Antes do programa, no caso das dificuldades visuais e da hipertensão, a maior parte das pessoas com estas patologias não as relacionou com a diabetes e, no caso do colesterol elevado, a maior parte desconhecia se existe alguma relação. Outras comorbilidades foram referidas, nomeadamente, sensibilidade diminuída nos membros inferiores ($n=25$; 29,1%),

triglicerídeos elevados ($n=24$; 27,9%), problemas cardíacos ($n=20$; 23, 3%) e problemas renais ($n=16$; 18,6%). Eventos como a ocorrência de um AVC foram mencionados por 6 pessoas (7%), mas 4 delas não os relacionou com a diabetes, o mesmo acontecendo com os problemas renais, em que a maior parte dos portadores também não os relacionou com a diabetes ($n=10$; 11,6%). O único problema de saúde relacionado com a diabetes por uma parte considerável das pessoas que o possuíam ($n=9$; 10,5%) foi a perda de sensibilidade nos membros inferiores.

Verificamos que, após a implementação do programa, os participantes modificaram a sua percepção acerca da relação da diabetes com o aparecimento dos outros problemas de saúde, considerando que esta estava mais relacionada com o aparecimento de problemas visuais ($p=0,004$), de hipertensão ($p=0,001$), de colesterol ($p=0,004$), e da alteração da sensibilidade nos membros inferiores ($p=0,000$).

Pretendemos saber se os participantes tinham dificuldade em gerir a sua doença, nas suas diferentes componentes e se houve alterações com o programa (Tabela 5).

Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa das dificuldades apresentadas nas principais componentes do regime terapêutico, antes e após o programa e valores de p relativos ao teste *McNemar*

Componentes do regime terapêutico	Antes do programa N (%)	Depois do programa N (%)	(p)
Dificuldade alimentação ($n=85$)	20 (23,5%)	4 (4,7%)	0,0001
Dificuldade exercício ($n=86$)	38 (44,2%)	19 (22,1%)	0,0001
Dificuldade medicação ($n=84$)	6 (7%)	1 (1,2%)	0,125

Verificou-se que as pessoas demonstraram menos dificuldades em gerir os aspetos relacionados com o regime terapêutico após a implementação do programa, com significância estatística em duas componentes do tratamento. O exercício físico é a componente onde mantém maiores dificuldades, apesar da mudança ter sido significativa nesta componente do plano terapêutico.

Quisemos verificar se os participantes consideravam ter informação necessária para lidar com a sua diabetes e se essa informação melhorou após a aplicação do programa (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa dos recursos informativos sobre as componentes do regime terapêutico, antes e após o programa e valores de p relativos ao teste *McNemar*

Informação para lidar com a diabetes	Antes do programa N (%)	Depois do programa N (%)	(p)
Sobre a alimentação (n=84)	57 (66,3%)	82 (97,6%)	0,0001
Sobre o exercício físico (n=84)	58 (67,4%)	83 (98,8%)	0,0001
Sobre a medicação (n=84)	60 (69,8%)	83 (98,8%)	0,0001

Os resultados demonstram que as pessoas adquiriam significativamente mais informação sobre o regime de tratamento com o programa, em todas as componentes que o integram.

Conhecimentos sobre a diabetes

Pretendemos identificar quais os conhecimentos que os clientes possuíam nas diferentes dimensões que constituem este questionário (Tabela 7). Não são apresentados os falsos conhecimentos (ou mitos), visto terem uma baixa frequência, pois a maior parte dos participantes com dúvidas de resposta optaram por assinalar “*não sei*”, que representa os desconhecimentos acerca da diabetes.

Com vista a identificar o valor relativo das várias dimensões, utilizamos as médias ponderadas por cada número de itens (médias a dividir pelo numero de itens).

Tabela 7 - Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) e valores do teste t das dimensões do QCD, antes e após o programa

Conhecimentos da diabetes	Antes do programa M (DP)	Depois do programa M (DP)	t (p)
Identidade (n=85)	0,56(0,24)	0,72(0,16)	5,80(0,0001)
Causas (n=80)	0,72(0,27)	0,89(0,11)	5,33(0,0001)
Duração (n=83)	0,91(0,21)	0,99(0,04)	3,64(0,0001)
Tratamento (n=86)	0,90(0,14)	0,96(0,10)	3,68(0,0001)
Limitações (n=83)	0,73(0,28)	0,88(0,18)	4,30(0,0001)
Controlo (n=85)	0,91(0,15)	0,94(0,10)	1,95(0,054)
Complicações (n=82)	0,76(0,22)	0,90(0,12)	5,47(0,0001)

Desconhecimentos da diabetes	Antes do programa	Depois do programa	<i>t</i> (<i>p</i>)
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	
Identidade (n=85)	0,27(0,29)	0,06(0,12)	6,79(0,0001)
Causas (n=80)	0,18(0,26)	0,04(0,08)	5,01(0,0001)
Duração (n=83)	0,05(0,17)	0,00(0,00)	2,75(0,007)
Tratamento (n=85)	0,04(0,09)	0,01(0,04)	2,99(0,004)
Limitações (n=83)	0,10(0,19)	0,02(0,06)	4,12(0,0001)
Controlo (n=85)	0,08(0,13)	0,03(0,07)	3,70(0,0001)
Complicações (n=82)	0,13(0,23)	0,02(0,08)	4,99(0,0001)

Tendo em conta que valores mais próximos de 1 são indicativos de bons conhecimentos, os utentes deste estudo possuem conhecimentos considerados razoáveis ou bons nas várias áreas avaliadas, tendo aumentado os seus conhecimentos após o programa em todas as dimensões, com resultados estatisticamente significativos, exceto no controlo da doença. Verificámos, também, que a dimensão onde evidenciam maior nível de conhecimentos antes e após a implementação do programa é a referente à *duração*, com resultados estatisticamente significativos ($t(82)=3,64$; $p=0,001$). A *identidade* é a dimensão onde apresentam menos conhecimentos ($t(84)=5,80$; $p=0,001$).

De um modo geral podemos inferir que as dúvidas que as pessoas tinham inicialmente diminuíram após a intervenção, com resultados estatisticamente significativos em todas as dimensões. A *identidade* da diabetes é a dimensão onde revelam mais desconhecimento, antes e após o programa ($t(84)= 6,79$; $p=0,0001$).

Representação da doença

Passaremos de seguida a descrever os resultados encontrados nas dimensões da representação de doença (Brief-IPQ). Na Tabela 8 encontram-se representados os resultados das médias obtidas, indicando a representação da diabetes de acordo com os vários itens que constituem este questionário.

Tabela 8 - Distribuição da média (*M*) e desvio padrão (*DP*) e valores do teste *t* dos itens do Brief-IPQ, antes e após o programa

Representação da doença	Antes do programa <i>M (DP)</i>	Depois do programa <i>M (DP)</i>	<i>t (p)</i>
Qual o grau em que a sua diabetes afeta a sua vida? (n=86)	4,42(3,56)	5,55(2,81)	3,38 (0,001)
Quanto tempo pensa que vai durar a sua diabetes? (n=85)	9,68(1,40)	10,00(0,00)	2,09 (0,04)
Qual o grau de controlo que sente ter sobre a sua diabetes?* (n=85)	3,25(2,82)	2,65(2,10)	2,17 (0,03)
Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua diabetes?*(n=85)	1,18(1,90)	0,98(1,45)	0,88 (0,38)
Qual o grau em que sente sintomas da sua diabetes? (n=86)	2,44(3,26)	3,49(3,40)	3,03 (0,003)
Qual o grau de preocupação com a sua diabetes? (n=85)	5,68(3,40)	6,34(2,83)	1,97 (0,05)
Até que ponto sente que compreende a sua diabetes? *(n=86)	3,78(3,25)	2,64(2,14)	3,52 (0,001)
Até que ponto a sua diabetes o (a) afeta emocionalmente? (n=85)	4,89(3,49)	5,59(3,11)	1,85 (0,07)

*Itens invertidos. Valores mais baixos indicam perceção mais positiva.

Analisando os valores médios obtidos em cada item do Brief-IPQ, e tendo em conta que valores mais elevados indicam uma perceção mais negativa da doença, podemos verificar que após o programa de intervenção os participantes mudaram a perceção que têm especificamente na representação cognitiva (consequências, duração, controlo pessoal e identidade), na compreensão e na representação emocional (preocupação). Verifica-se que, após a intervenção, as pessoas tendem a apresentar uma perceção mais negativa das consequências, a associar a diabetes a uma doença crónica e a reconhecer como mais grave a sua sintomatologia, o que pode contribuir para melhorar a sua adesão, de acordo com a evidência científica. Também tendem a ter uma razoável compreensão da doença. Quanto ao controlo pessoal, controlo do tratamento e compreensibilidade da doença, os participantes no nosso programa de intervenção passaram a referir compreender melhor a diabetes, a terem maior controlo pessoal sobre ela e a acreditar mais no tratamento aconselhado, embora este último aspeto não tenha obtido resultados estatisticamente significativos.

Pretendemos conhecer os fatores que as pessoas consideraram como causa do aparecimento da sua diabetes. Embora a questão peça que estas atribuam a provável etiologia da sua diabetes a 3 causas e as hierarquizem, visto a distribuição das respostas ter sido bastante heterogénea antes e após o programa, optámos por trabalhá-las em conjunto de modo a facilitar a leitura dos resultados. Assim, atribuímos fatores de ponderação para que o resultado final seja a soma da causa principal (multiplicada por 3), com a causa secundária (multiplicado por 2) e com a causa terciária (multiplicada por 1), revelando, deste modo, o peso que a pessoa lhe confere. Os resultados evidenciaram que antes do programa as principais causas atribuídas ao aparecimento da diabetes foram, por ordem decrescente: a alimentação inadequada, os antecedentes familiares e o excesso de peso, com os valores de ponderação de 86, 55 e 18, respetivamente. As restantes causas encontravam-se dispersas por aspetos relacionados com o stresse, a falta de exercício, a depressão, a gravidez, outras doenças e outras causas. No entanto, o desconhecimento sobre as possíveis causas foi ainda a resposta mais frequente (valor de ponderação=287). Depois do programa, as 3 primeiras causas mantiveram-se pela mesma ordem hierárquica, mas sendo atribuídas por mais participantes e, portanto, apresentando valores mais elevados (alimentação inadequada=151; antecedentes familiares=80 e excesso de peso=51). A falta de exercício foi a quarta causa mais mencionada, sendo considerada pelas pessoas como uma possível causa no aparecimento da diabetes (valor de ponderação=38). Verificou-se uma diminuição das pessoas que se posicionaram na resposta “não sei” (valor de ponderação=150).

Os resultados destacam, então, os problemas alimentares como o fator que mais contribui para o aparecimento da diabetes, seguido pela hereditariedade, pelo excesso de peso e pela falta de exercício físico. O stresse também é a quinta causa apontada como desencadeante da diabetes. Quando as pessoas referiam uma alimentação inadequada, geralmente faziam alusão aos excessos, alimentos pouco aconselháveis, utilização de sal e açúcar em demasia e frequência irregular das refeições. O stresse também incluía aspetos relacionados com problemas profissionais como o excesso de trabalho e ambientes hostis, e com problemas familiares como doenças de outras pessoas e sobrecarga de trabalho e de preocupações. Acidentes, pouco repouso, susto, falta de suporte social e destino foram incluídos em “Outras causas”. De realçar o elevado número de participantes (n=31) que não soube atribuir o aparecimento da diabetes a qualquer causa, embora com um decréscimo considerável após o programa (n=4). Verifica-se que, após a implementação do programa, as pessoas têm uma maior perceção da provável etiologia da sua diabetes.

Autoeficácia

Pretendemos saber se houve alterações na autoeficácia percebida pelas pessoas com a implementação do programa. A Tabela 9 apresenta os dados obtidos no DES-SF.

Tabela 9 - Distribuição da média (*M*) e desvio padrão (*DP*) e valores do teste *t* dos itens do DES-SF, antes e após o programa

Autoeficácia	Antes do programa <i>M (DP)</i>	Depois do programa <i>M (DP)</i>	<i>t (p)</i>
1.Sei com que parte dos cuidados estou insatisfeito (n=85)	3,29(0,86)	3,42(0,92)	0,97 (0,33)
2.Sou capaz de transformar as minhas metas estabelecidas para a diabetes num plano funcional (n=86)	3,53(0,97)	3,86(0,72)	3,22 (0,002)
3.Posso tentar diferentes formas para ultrapassar os obstáculos que me impedem de atingir os objetivos que tenho para a diabetes (n=85)	3,54(0,93)	3,84(0,69)	3,07 (0,03)
4.Conheço estratégias positivas para lidar como stress (n=83)	3,41(1,04)	3,81(0,69)	3,28 (0,002)
5.Quando necessário posso procurar ajuda para cuidar e viver com a minha diabetes (n=85)	4,04(0,63)	4,29(0,51)	3,36 (0,001)
6.Sei o que me ajuda a manter motivado (n=85)	4,01(0,73)	4,09(0,59)	1,26 (0,21)
7.Conheço-me bem para fazer as escolhas mais corretas (n=85)	3,96(0,97)	4,08(0,66)	1,34 (0,18)
8.Posso encontrar formas de me sentir melhor a viver com a diabetes (n=85)	3,93(0,81)	4,13(0,59)	2,23(0,029)
DES Total (n=82)	3,72(0,61)	3,94(0,46)	4,04(0,0001)

Face ao programa de intervenção, verificamos um aumento significativo da concordância em 5 das afirmações da escala DES-SF, contribuindo para que na escala global haja uma maior autoeficácia percebida após o programa ($t(81)=4,04$; $p=0,0001$). Assim, o programa teve um efeito positivo na perceção da autoeficácia por parte das pessoas com diabetes, o que em termos de gestão do regime terapêutico é relevante.

Suporte Familiar

Um dos pressupostos do programa que desenhamos com os enfermeiros alicerçava-se na integração e envolvimento dos familiares ou pessoas significativas no processo educativo, de forma a poderem apoiar os comportamentos de autocuidado da pessoa

com diabetes. No total, participaram pelo menos em uma sessão, 12 companheiras e 4 companheiros. De referir, no entanto, que entre todos os participantes, 10 eram casais. O principal motivo para que os cônjuges ou outros elementos da família não participassem nas sessões estava relacionado com impedimentos laborais.

A Tabela 10 apresenta a percepção que os participantes têm acerca da influência dos familiares na gestão do regime terapêutico.

Tabela 10 - Frequência absoluta e relativa da influência dos familiares na gestão do regime terapêutico, antes e após o programa

Influência dos familiares	Antes do programa N (%) (n=86)	Depois do programa N (%) (n=86)
Dificulta o meu cuidado	2 (2,3%)	0 (0%)
Não, não me ajuda nada	30 (34,9%)	23 (26,7%)
Sim, ajuda-me alguma coisa	6 (7,0%)	13 (15,1%)
Sim, ajuda-me muito	48 (55,8%)	50 (58,1%)

Os resultados demonstram que a maior parte da amostra tem apoio dos familiares na gestão do seu regime terapêutico. Verifica-se, também, um aumento nas pessoas que referiram ter ajuda dos familiares (62,8% antes e 73,2% depois do programa). Apesar dos valores obtidos, não houve diferenças estatisticamente significativas no apoio familiar percebido depois da intervenção. Pretendemos também identificar qual a relação de parentesco das pessoas que apoiavam na gestão da diabetes. Quer antes, quer após o programa, os filhos destacaram-se nesse apoio (antes: n=30;34,9% e após: n=32;36,0%,), seguindo-se as esposas (antes: n=24;28,0% e após: n=31;36,1%) e os maridos (antes: n=12;13,9% e após: n=14;16,3%).

Os cuidados prestados pelas pessoas significativas envolveram um conjunto de atividades relacionadas com o suporte emocional, instrumental e informativo. De facto, quando os participantes foram questionados sobre o tipo de apoio que recebiam dos seus familiares emergiram, em grande parte, expressões positivas como: “*Apoiam-me*”, “*Lembram-me*”, “*Aconselham-me*”, “*Pedem-me que tenha cuidado*”, “*Tentam-me ajudar*”, “*Incentivam-me*” e “*Motivam-me*”. Ainda, mas com menos frequência, outras de cariz mais coercivo foram relatadas, como: “*Ralham-me*”, “*Chamam-me a atenção*” e “*Controlam-me*”, contudo consideradas como importantes para o autocuidado com a

diabetes, em particular para pessoas com um estilo de gestão do seu regime terapêutico menos responsável (Bastos, 2012).

Verificámos que o apoio dos familiares se centrou maioritariamente nos *cuidados com a alimentação*, quer antes do programa (n=41;77,4%) quer depois (n=52;83,9%). Salientam-se aspetos como o aconselhamento sobre os alimentos que devem consumir e evitar, o controlo nos excessos e o apoio na confeção de refeições saudáveis. O apoio ao *regime medicamentoso*, que inclui os antidiabéticos orais e a administração de insulina, surge como a segunda componente, onde os participantes referem ter mais apoio por parte dos familiares (antes do programa: n=13;24,5%; depois do programa: n=18;29,0%). Esta ajuda relacionou-se essencialmente com o lembrar a toma da medicação nos horários aconselhados e, menos frequentemente, na preparação e administração de insulina e na compra da medicação. Um terceiro aspeto também apontado como importante na gestão da doença foi o *apoio emocional* (antes do programa: n=13;24,5,0%; depois do programa: n=8;12,9%). Motivar a pessoa a ter cuidados com a diabetes, mostrar interesse e disponibilidade, exercer alguma supervisão e acompanhá-la às consultas foram considerados pelos participantes como uma valiosa fonte de ajuda. O auxílio na *prática de exercício físico* (antes do programa: n=3;5,7%; depois do programa: n=8;12,9%), nos *cuidados com os pés* (antes do programa: n=5;9,4%; depois do programa: n=2;3,2%) e na *monitorização glicémica* (antes do programa: n=1;1,9%; depois do programa: n=2;3,2%) foram também destacados por alguns participantes, embora em menor número. Na adoção da prática de exercício, os familiares tiveram um papel essencialmente incentivador, enquanto, na monitorização do açúcar no sangue e nos cuidados aos pés o apoio prestado, já se centrava essencialmente em atividades de âmbito instrumental como, por exemplo, em efetuar a pesquisa capilar e em lavar e cortar as unhas dos pés.

Autocuidado com a diabetes

A escala de autocuidados mede indiretamente a adesão. A Tabela 11 apresenta os resultados obtidos nas diferentes dimensões do tratamento da diabetes.

Tabela 11 - Distribuição da média (*M*) e desvio padrão (*DP*) e valores do teste *t* das dimensões do Autocuidado, antes e após o programa

Dimensões do autocuidado	Antes do programa <i>M (DP)</i>	Depois do programa <i>M (DP)</i>	<i>t (p)</i>
Alimentação geral (n=83)	5,59(1,73)	6,03(1,19)	2,45 (0,017)
Alimentação específica (n=80)	5,44(1,05)	5,83(0,89)	4,34 (0,000)
Atividade física (n=84)	3,37(2,49)	3,93(2,47)	2,20 (0,031)
Monitorização da glicemia (n=80)	5,34(2,49)	5,81(1,92)	1,95 (0,055)
Cuidados com os pés (n=85)	5,75(1,49)	6,40(1,22)	3,63 (0,000)
Medicamentos (n=84)	6,94(2,84)	6,88(0,80)	0,66 (0,51)

Dado que neste instrumento de avaliação valores mais elevados correspondem a maior adesão ao regime terapêutico, os resultados mostram que, após o programa, os participantes mostram uma maior adesão, com significado estatístico, em todas as dimensões do regime terapêutico, com exceção no autocuidado medicação, que tinha uma média já antes do programa sugestiva de uma boa adesão, e na monitorização glicêmica. No teste da glicemia capilar, as pessoas, no final da intervenção, tenderam a aumentar os dias em que efetuaram a pesquisa. Os dados mostram que o exercício físico é a componente em que os participantes têm maior dificuldade em integrar nos seus cuidados diários, quer antes, quer após o programa.

Quanto aos hábitos tabágicos, nenhum dos elementos da nossa amostra refere fumar atualmente e, aproximadamente 75% deles nunca fumaram. Os restantes deixaram de fumar há mais de dois anos.

Qualidade de Vida

Os dados referentes a esta variável foram obtidos através de várias questões isoladas e da escala da satisfação, representados na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição da média (*M*) e desvio padrão (*DP*) e valores do teste *t* na Qualidade de Vida, antes e após o programa

Qualidade de vida na diabetes	Antes do programa <i>M</i> (<i>DP</i>)	Depois do programa <i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>t</i> (<i>p</i>)
1.Satisfação com a vida (n=86)*	6,69(2,43)	7,06(2,32)	1,45 (0,15)
2.Percepção de gravidade da diabetes (n=86)**	6,41(3,14)	6,24(2,48)	0,50(0,61)
3.Percepção de saúde (n=86)**	4,28 (1,19)	4,10(0,97)	1,86 (0,06)
4.Percepção da qualidade de vida (n=83) **	3,53 (1,04)	3,48(0,92)	0,46 (0,64)
5.Decurso da vida (n=86)*	4,98(1,13)	5,05(1,11)	0,72 (0,47)
6.Escala da Satisfação (n=82) *	7,43(1,09)	7,02(1,17)	1,96 (0,054)

*valores mais elevados correspondem a maior satisfação; ** valores mais elevados correspondem a maior gravidade percebida e pior percepção de saúde e qualidade de vida

A avaliação da qualidade de vida antes e após a intervenção sofreu apenas ligeiras oscilações, contudo sem qualquer significado estatístico. Os resultados indicam que, em geral, as pessoas aumentaram ligeiramente a sua satisfação com a vida. Quanto à percepção de gravidade da diabetes esta diminuiu. A percepção de saúde, de qualidade de vida e de felicidade com o decurso da vida aumentou após o programa.

Analisando a escala da *Satisfação* (que resulta da associação de várias questões: tratamento que está a receber, controlo sobre a diabetes, mudanças que teve que fazer por causa da doença, possibilidade de ter uma vida longa, satisfação com a vida sexual, com a sua aparência e com a sua capacidade de satisfazer necessidades financeiras) verificamos que teve alterações marginalmente significativas, com as pessoas a relatarem menos satisfação global no final do programa. Efetuando uma análise mais detalhada para saber como pontuaram estes itens constatamos que o item “*Satisfação com a possibilidade de viver uma vida tão longa quanto gostaria*” apresentou uma diminuição no seu valor médio após o programa, diferença esta com significado estatístico (antes do programa: $M=5,14$ e depois do programa: $M=4,69$; $t(85)=3,74$; $p=0,000$) o mesmo acontecendo com o item “*Satisfação com a sua vida sexual*” que se comportou de forma semelhante (antes do programa: $M=4,26$ e depois do programa: $M=3,96$; $t(83) =2,15$; $p=0,034$). Estes valores revelam que as pessoas se sentem pouco satisfeitas nestes dois aspetos da sua vida.

Marcadores clínicos

Em todas as sessões foram monitorizados os valores tensionais, o peso, o perímetro abdominal e o índice de massa corporal. Os valores da HbA1c foram recolhidos através do processo clínico. Na Tabela 13 encontram-se os dados colhidos no início do programa e passado 1 mês após o seu término.

Tabela 13 - Distribuição da média (*M*) e desvio padrão (*DP*) e valores do teste *t* nos marcadores clínicos, antes e após o programa

Marcadores clínicos	Antes do programa <i>M (DP)</i>	Depois do programa <i>M (DP)</i>	<i>t (p)</i>
Tensão arterial sistólica (n=86)	142,9 (22,41)	135,9(21,72)	2,51(0,014)
Tensão arterial diastólica (n=86)	76,7(11,52)	73,5(11,39)	2,52(0,014)
Peso corporal (n=86)	77,9(11,40)	76,0(11,17)	6,47(0,000)
Perímetro abdominal Mulheres (n=48)	101,6(10,50)	99,7(10,00)	4,28(0,000)
Perímetro abdominal Homens (n=37)	105,9(8,12)	103,2(8,36)	3,51 (0,001)
Índice de massa corporal (n=86)	30,6(5,43)	29,7(6,27)	1,58(0,118)
Hemoglobina glicosilada (n=57)	7,7(2,06)	7,3(1,40)	2,39(0,020)

Os dados obtidos indicam valores médios em alguns fatores acima do desejável, concretamente na TA sistólica, no PA, no IMC e na HbA1c. No entanto, os resultados demonstram que se verificou uma melhoria na maioria dos parâmetros após o programa, com um impacto significativo nos valores da TA sistólica ($t(85)=2,51$; $p=0,014$), da diastólica ($t(85)=2,52$; $p=0,014$) e da hemoglobina glicosilada ($t(56)=2,39$; $p=0,020$), e com um impacto muito significativo no peso corporal ($t(85)=6,47$; $p=0,000$) e no perímetro abdominal, quer das mulheres ($t(47)=4,28$; $p=0,000$), quer dos homens ($t(36)=3,51$; $p=0,001$), o que é de relevar. Quanto aos valores do IMC, embora tivessem melhorado, não tiveram representação significativa ($t(85)=1,58$; $p=0,118$).

Na medida em que a eficácia do programa foi, na análise quantitativa, orientada para um conjunto de variáveis psicossociais e comportamentais, nomeadamente os conhecimentos, as crenças, a autoeficácia, o suporte social, a gestão da alimentação, da medicação, da atividade física, a monitorização glicémica e os cuidados aos pés, analisamos os dados das entrevistas de acordo com estas categorias, no sentido de verificar o efeito do programa nas variáveis em estudo.

Através das entrevistas verificamos que as pessoas perceberam melhorias nas variáveis psicossociais. A Tabela 14 apresenta alguns excertos exemplificativos do impacto do programa nos conhecimentos, nas crenças, na autoeficácia e no suporte social.

Tabela 14 - Categorias e unidades de registo referentes ao impacto do programa nas variáveis psicossociais

Categoria: Conhecimentos
<p><i>"(...) Aprendi muito mais. Mais coisas específicas! E a ter mais cuidados!" E1;</i></p> <p><i>"Antes do curso eu nem sequer tinha a noção dos parâmetros normais do açúcar no sangue, não tinha! Aliás, se um dia estava 140 [em jejum] estava tudo bem, não me preocupava com isso (...) Agora, acho que estou alertado para determinadas situações! Antes do curso não tinha esta noção!" E13</i></p> <p><i>"Aumentei os conhecimentos, mas de que maneira! Mas de que maneira! Sim senhora, eu gostei muito!" E16</i></p>
Categoria: Crenças
<p><i>"Agora preocupo-me mais [com a diabetes] mas, por outro lado, estou mais descansado! Porque sei que as coisas estão mais controladas! Anteontem levantei-me e tinha a boca muito seca e fui medir e estavam a 98. Fiquei todo satisfeito! Agora acho que estou alertado para determinadas situações! E13;</i></p> <p><i>"(...) Nunca pensei [que a diabetes pudesse trazer tantas coisas negativas]; estava mesmo [sem noção]! (...) Dou mais importância agora à diabetes, depois do programa. Antes do programa os diabetes rolavam!" E4;</i></p> <p><i>"Pois, fiquei com mais consciência [depois do programa]! (...)! [Agora] Traz-me mais um bocadinho de preocupação no sentido de ter medo que me aconteça alguma coisa! Tenho mais medo! Por isso é que eu tomo os comprimidos sempre certinhos!" E5;</i></p> <p><i>"Eu [antes do programa] não estava dentro do assunto do que podia causar a diabetes. Até pensei: 'Isto é uma doença normal, que vai sarar (...)!' E4</i></p>
Categoria: Autoeficácia
<p><i>"Estou mais capaz. Pronto, sinto-me mais à vontade. Depois do programa sinto-me mais à vontade com a diabetes" E1</i></p> <p><i>"O meu objetivo é controlá-la para não chegar a vias muito complicadas! (...) Agora estou muito mais controlada, muito mais! (...) E noto bastante a diferença! Noto. Notei desde que comecei o programa. Eles [valores glicémicos] baixaram logo de manhã!" E9;</i></p> <p><i>"Mas se calhar o mais importante [no programa] é aprender a maneira de nós aprendermos a controlar a diabetes!" E13</i></p>
Categoria: Suporte social
<p><i>"As enfermeiras ensinaram-nos o que comer. Como cozinhar, e tudo! Porque a minha mulher também é uma especialista a respeito disso (risos)! Salgados, nada! E, se vir que tal, tira-me do prato e diz: '- Tu não comes isto!'. E eu estou de acordo! Ajuda-me a controlar (...)". E6;</i></p> <p><i>"(...) Quando vou para a mesa também já lá está o comprimido, que alguém [da família] mo põe na mesa! (...) Antigamente esquecia-me!" E8</i></p>

Verificamos que os participantes melhoraram os conhecimentos em relação à diabetes, alteraram crenças no que diz respeito à vulnerabilidade, à etiologia, às consequências, à gravidade, à cronicidade, ao controlo e às representações emocionais. Melhoraram também a autoeficácia percebida, sentindo-se mais capazes em lidar com a doença, em traçar objetivos e em "aprender a aprender". Verificou-se também um maior envolvimento dos familiares na gestão do regime terapêutico.

Quanto aos comportamentos de autocuidado verificamos que os participantes se envolveram mais efetivamente nas atividades relacionadas com a gestão alimentar, com a atividade física, com a medicação e com a autovigilância, concretamente com a monitorização glicémica e com os cuidados aos pés (Tabela 15).

Tabela 15 - Categorias e unidades de registo referentes ao impacto do programa nos comportamentos de autocuidado

Categoria: Gestão do regime alimentar
<p><i>“Claro que a senhora doutora dizia-me como tinha que fazer com a alimentação, mas nunca especificou como as enfermeiras especificaram agora no programa! Não ia ao pormenor! E isso ajudou muitíssimo porque, desde o programa, eu perdi cintura e peso: estou com menos 10 cm na cintura e menos 6 Kg no peso!” E1;</i></p> <p><i>“Sim, sim, mudei muito [os hábitos de vida] e depois faço o comer! (...)! [Antigamente] quando o estômago começava a pedir-me, eu não tinha nada feito e então sujeitava-me a comer pão, ou qualquer coisa! (...) E desde que fui a este programa eu não tenho preguiça! Eu, quanto a mim, estou totalmente diferente!” E12</i></p>
Categoria: Gestão do regime medicamentoso
<p><i>“Sim [mudei]! Antes esquecia-me bastante, se calhar por não dar importância! Agora até arranjei um recipiente para por a medicação diária e, se não tomar, chego ao fim do dia e vejo que não tomei a do almoço ou a da noite. Às vezes posso atrasar alguma mas deteto sempre se tomei ou não!” E1</i></p>
Categoria: Gestão da atividade física
<p><i>“Eu sugeri à enfermeira e até já estamos a marcar para um dia, fazemos um passeio e um pouco de ginástica. Ela tem os telefones e está a convidar todos [os elementos que constituíram o grupo]. Levamos um lanche e é um convívio!” E4;</i></p> <p><i>“Olhe, eu acho que foi muito importante. Porque, havia certas e determinadas coisas que eu não ligava e, a partir daquele curso que fizemos aqui, eu apliquei-me e comecei a ter outras regras para comer! Acabo de almoçar e vou dar um passeio que não dava! À noite, janto e vou dar um passeio, nem que esteja frio! E as diabetes baixaram-me imenso, quando, antigamente, eu os tinha sempre muito altos! Por conseguinte, acho que foi muito rentável o tempo que eu perdi aqui!” E8;</i></p> <p><i>“(…) Eu não posso andar muito porque tenho o pé diabético; tenho os dois mas o direito está mais, e não posso estar de pé muito tempo nem andar muito, pois sinto um mau estar e o pé a doer! E então ando lá, 20 minutos, 30, 40, vou andando do muro ao portão, do portão ao muro. Chamam-me maluca [os familiares]! Queriam que eu saísse e fosse andar, só que eu ali ando em mosaico, é tudo lisinho e não fere o pé por baixo!” E12</i></p>
Categoria: Monitorização glicémica
<p><i>“A partir do momento que fiz o curso, houve um período que fazia diariamente e não fazia sempre à mesma hora para ver a diferença. A partir de determinada altura comecei a fazer uma vez por semana porque acho que não preciso de mais. Desde que eu saiba que as coisas estão controladas! Quando eu tenho alguma dúvida, vou medir.” E1;</i></p> <p><i>“Faço menos [vezes a picada no dedo] porque eu vejo que os diabetes andam mais controlados e então faço menos vezes! Agora se eu tivesse os meus diabetes a 170 ou a 180 eu ficava mais preocupado! E como ando mais controlado, eu não tenho que fazer tantas vezes!” E5</i></p>
Categoria: Cuidados com os pés
<p><i>“Eu já tinha alguns cuidados mas não era como estou a fazer agora! Eu lavava os pés quando tomava banho e pronto. Agora enxugo-os bem e lavo-os com um sabão próprio, (...)” E18;</i></p> <p><i>“Sim, (...) Tenho [mais cuidado]. Já reparo neles mais vezes, já! Agora depois de termos estas reuniões que falamos dos pés tenho mais atenção, mas os meus pés estão bem, graças a Deus!” E21</i></p>

Fica claro com estes relatos que as pessoas, para além de adotar estilos de vida mais saudáveis, procuraram estratégias adequadas à sua vida que lhes permitisse mudar.

A consciencialização de aspetos que se repercutem na qualidade de vida também se verificou com o programa, como relata este participante:

“O que me tocou mais [dos assuntos abordados no programa] foi a impotência! Isso tocou-me muito! As consultas são muito a fugir [Não se fala muito destes assuntos nas consultas!] Porque é muita gente e eu compreendo isso! E ali não! Foi tudo acompanhado, bem explicado e cada um dava a sua opinião! Foi muito importante! Havia lá pessoas que já eram impotentes e disseram mesmo: “Eu já sou impotente e não tenho nada! É verdade!” E8

Embora as categorias aqui apresentadas fossem previamente definidas, no sentido de verificar o impacto do programa nas variáveis em estudo, não podemos deixar de referir, porque releva fundamental para os enfermeiros, que, ao longo das entrevistas, outros fenómenos foram emergindo, nomeadamente a consciencialização e o envolvimento, propriedades inerentes ao processo de transição.

5.5 DISCUSSÃO

As características sociodemográficas encontradas nos participantes são semelhantes às de outros estudos desenvolvidos com pessoas com diabetes, pois, embora atualmente esta doença esteja a manifestar-se em idades cada vez mais precoces, um estudo sobre a sua prevalência em Portugal em 2010, demonstrou que é no grupo etário dos 60 aos 79 anos onde esta se encontra mais elevada (27, 0%, *versus* 2,0% dos 20 aos 30 anos e 12,7% dos 40 aos 59 anos), verificando-se uma correlação forte entre a doença e o envelhecimento (SPD, 2013a). O nível de escolaridade verificado nesta amostra é sobreponível ao encontrado por outros autores em populações com esta faixa etária (Sousa, 2003; Sousa *et al.*, 2008). Tendo em conta que vários estudos têm evidenciado que a pouca literacia está associada a níveis de adesão mais baixos (Gazmararian *et al.*, 2006; Voncella, 2011; Yoo *et al.*, 2011), os programas educacionais devem ser delineados e/ou adaptados ao nível da escolaridade dos participantes, tornando-se essencial que os profissionais de saúde conheçam as características da sua população.

A história familiar de diabetes é evidente nestes participantes, demonstrando a importância deste fator no aparecimento da patologia.

A coexistência de outros problemas de saúde, nomeadamente dos problemas visuais, para além de serem mais expectáveis em pessoas com idades avançadas, também surge devido à diabetes, sendo esta uma das complicações microvasculares que ocorre

com muita frequência (Deshpande, Harris-Hayes & Schootman, 2008). A retinopatia diabética representa uma das principais causas de cegueira em grande parte dos países desenvolvidos (SPD, 2013a). A hipertensão arterial foi também referida como uma das principais comorbilidades. A hipertensão está correlacionada com a diabetes e sabe-se que esta é duas vezes mais comum na pessoa com esta patologia (APDP, 2009). Em 2009, cerca de metade das pessoas com DM (50,4 %) tinham também hipertensão (DGS, 2013). O colesterol elevado também representa um problema de saúde que habitualmente coexiste em pessoas com diabetes, sendo necessário proceder ao seu controlo rigoroso uma vez que constitui um fator de risco cardiovascular (SPD, 2013a). Verifica-se que somente a perda da sensibilidade nos membros inferiores é relacionada com a diabetes por uma parte considerável dos participantes. Estes resultados podem ser explicados por várias razões, como a existência de sintomatologia que ajuda a que a pessoa associe este problema à doença e os conhecimentos que as pessoas têm acerca desta situação. Vulgarmente, quando questionamos os participantes sobre as complicações desta doença, os problemas nos membros inferiores, nomeadamente as amputações, são aspetos que emergem no discurso e que refletem a preocupação e o medo sobre esta possível consequência. Aliás, o facto de alguns dos participantes conhecerem alguém com este problema e que sofreu esta experiência traumática, permite que o associem à diabetes. Dados referentes a 2010, demonstram que, embora as amputações major (amputação de todo o pé ou do membro inferior) tenham vindo a diminuir ligeiramente, as amputações *minor* (amputação da parte do pé ou do membro inferior), por motivo de diabetes, têm vindo a aumentar (SPD, 2013). No geral, verificou-se que, após o programa, as pessoas estabeleceram mais relações entre as várias patologias e a diabetes, evidenciando conhecimentos mais aprofundados sobre estes aspetos.

Quando questionados sobre as dificuldades na gestão do regime terapêutico, a maior parte dos participantes referiu ter realmente algumas dificuldades, destacando-se os problemas com o exercício físico. Estes dados alinham-se com os resultados obtidos no questionário do autocuidado, sugerindo que os profissionais devam permitir que as pessoas expressem o que “não corre tão bem” na gestão da doença, uma vez que se reflete diretamente nos seus comportamentos de adesão. Apesar de inicialmente a maioria das pessoas referir ter informação para lidar com a doença verificamos que, depois do programa, esses recursos aumentaram significativamente o que vem reforçar a importância de investir em aspetos práticos relacionados com as várias áreas do regime.

Relativamente aos conhecimentos sobre a diabetes, os resultados demonstram que os participantes aumentaram os seus recursos informativos nos principais aspetos do

regime terapêutico, traduzindo-se em uma melhoria significativa nesta variável após a intervenção. Resultados semelhantes foram encontrados por vários autores (Deakin *et al.*, 2006; Hu *et al.*, 2012; McEwen, Baird, Pasvogel & Gallegos, 2010; Molsted *et al.*, 2012) quando verificaram que, após a implementação de um programa educacional, os conhecimentos aumentaram. Coster e Norman (2009) enfatizaram que a melhoria nos conhecimentos acerca da diabetes, para além de resultar em benefícios físicos e psicológicos, traduz-se positivamente nas competências pessoais para gerir diariamente a doença, podendo reduzir a dependência dos serviços de saúde. Das entrevistas realizadas foi notória a satisfação dos utentes com os conhecimentos adquiridos. Destacamos a necessidade de proporcionar às pessoas recursos informativos adequados e específicos, pois uma informação muito genérica nem sempre é suficiente para que possa ser aplicada no dia-a-dia. A melhoria nos conhecimentos acerca da gestão da doença também parece repercutir-se na imagem que as pessoas têm da diabetes. Algumas entrevistas deixam bem evidente que, possuir conhecimentos suficientes para tomar decisões racionais é uma das condições prioritárias para o *empowerment* (Anderson & Funnell, 2005), que conduz a um sentido de controlo e (auto) gestão assinalável.

No presente estudo verificamos que as pessoas alteraram as suas crenças (representações de doença) acerca da diabetes, passando a preocupar-se mais com ela, a compreendê-la melhor e a acreditar que têm maior controlo sobre ela. Através dos discursos inferimos que o facto da pessoa sentir que tem competências para controlar a doença altera a sua relação para com a diabetes. Os participantes mostraram aprender a valorizar a sua sintomatologia. Antes do programa, a presença de alguns dos sintomas que poderiam estar relacionados com complicações agudas da doença, raramente eram associados à diabetes.

Um aspeto relevante é que esta nova consciencialização poderá estar associada à perceção do maior impacto que esta doença tem na vida, justificando o ligeiro aumento observado no distresse emocional após o programa. Perante uma situação de doença, que constitui um evento stressor, a pessoa desencadeia um processo intencional no sentido de encontrar respostas para lidar com a situação, tentando repor o estado de normalidade. Estas respostas, de acordo com o modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), são divididas em estratégias de *coping* focadas na emoção e focadas no problema. As estratégias de *coping* mais focadas na emoção envolve mais o pensar do que o agir. Negar ou minimizar a importância da doença pode ser um exemplo. De acordo com Santos (2006), este tipo de estratégias mais passivas estarão mais relacionadas com uma baixa adesão ao tratamento, ao contrário das estratégias mais

ativas, focadas no problema, relacionadas com situações em que a pessoa percebe a situação como controlável, empreendendo um conjunto de atividades que lhe permitam controlar a doença.

A vulnerabilidade percebida trouxe um envolvimento mais ativo da pessoa na gestão do seu regime terapêutico. No entanto verificamos que alguns participantes tinham alguma dificuldade em assumir que tinham diabetes, embora ao longo da entrevista demonstrassem que alteraram positivamente os seus estilos de vida, de forma manter os valores glicémicos controlados. McEwen e colegas apuraram que algumas das participantes do seu estudo tinham dificuldades em aceitar que esta patologia fazia parte da sua vida, verificando que esta consciencialização estava relacionada com o tempo de doença (McEwen *et al.*, 2010). No presente estudo, os participantes foram diagnosticados há algum tempo pelo que nos parece que a participação no programa poderá constituir-se como um evento crítico (Meleis *et al.*, 2000), na medida em que, em muitos casos, mudou de forma significativa a compreensão da doença, motivando à mudança e a um envolvimento mais intenso, por parte do cliente, na gestão da diabetes.

Desta forma parece-nos poder afirmar que estamos perante uma transição saudável, pois a pessoa, mobilizando um conjunto de competências que lhe permitiu controlar a diabetes desenvolveu uma integração fluída da doença, mantendo a continuidade da sua vida (Meleis *et al.*, 2000). Esta integração da doença no quotidiano, mantendo-o “em ordem” alinha com o principal objetivo que as pessoas atribuem à autogestão (Kralik *et al.*, 2004).

Maior informação sobre a doença pode também justificar a inexistência de dúvidas quanto à sua cronicidade e possível etiologia. O facto de, após a implementação do programa, os participantes apresentarem uma maior perceção da provável etiologia da sua diabetes estará relacionado com o aumento dos conhecimentos. Reconhecer que as causas da diabetes podem ser atribuídas a fatores não modificáveis e/ou modificáveis permitem que a pessoa encontre algum sentido para o seu aparecimento e reflita sobre a influência de alguns dos seus comportamentos no aparecimento da doença. Todavia, não importa levar a que a pessoa possa experienciar algum tipo de sentimento de culpa, mas antes que acredite que muitas das suas condutas podem realmente interferir no decurso da diabetes, entretanto já instalada.

Assim, os dados demonstram que o programa teve um impacto positivo nas representações de doença. Os nossos resultados são compatíveis com os encontrados por Bayat e colegas (2013), quando verificaram que, após a implementação de um programa educacional baseado no modelo de crenças de saúde, se registou uma

mudança positiva nas crenças e também na autoeficácia percebida. Aliás, um estudo prospetivo, desenvolvido por Khunti e colegas (2012), constatou que, após o programa, as pessoas modificaram as suas crenças, compreendendo melhor a sua diabetes e sentindo-se com mais capacidades para a controlar. Ao fim de 3 anos os autores procederam a nova avaliação tendo verificado que estas crenças permaneceram estáveis (Khunti *et al.*, 2012), o que remete para as mudanças duradouras que este tipo de abordagem produz.

Também, após a implementação do programa, verificamos uma melhoria na perceção da autoeficácia em geral, o que terá um impacto significativo na gestão do regime terapêutico. Assim, os participantes sentem-se capazes de operacionalizar as metas traçadas, acreditam que podem ultrapassar os obstáculos e encontrar estratégias positivas para lidar com a diabetes, sentindo-se mais capazes para mobilizar recursos, gerir e viver melhor com a doença. Sentem-se, também, mais confiantes para tomar decisões acerca dos cuidados com a diabetes. Alguns extratos das entrevistas corroboram os resultados obtidos através do questionário, demonstrando como a pessoa, conhecendo as suas limitações em termos de saúde, consegue encontrar uma estratégia para a ultrapassar. Assim, ajudar a pessoa a definir objetivos, leva-a a sentir-se mais motivada, principalmente quando o seu esforço e empenhamento se revelam eficazes. No estudo desenvolvido por McGowan (2011), o autor também verificou uma melhoria significativa na perceção da autoeficácia na gestão de aspetos psicossociais da diabetes, na avaliação da insatisfação e prontidão para mudar e na identificação e consecução dos objetivos da diabetes. Anderson e colegas (2005; 2009) também obtiveram valores mais elevados no DES-SF após um programa, sugestivos de um aumento na autoeficácia percebida. Wilson, Kendall e Brooks (2007) verificaram que os programas educacionais aumentaram a autoeficácia e ensinaram as pessoas a traçar objetivos realistas. Assim, este tipo de programas deve privilegiar estratégias que melhorem na pessoa a opinião acerca da sua capacidade para delinear metas realistas, para traçar um plano de ação adequado às suas capacidades e para o implementar com sucesso.

Um aspeto que merece a nossa reflexão, e com o qual as enfermeiras se depararam aquando da aplicação deste questionário, é que nem sempre as pessoas têm objetivos explícitos e estratégias definidas para a sua diabetes. Na nossa perspetiva, e de acordo com a nossa experiência profissional, este achado poderá estar relacionado com o tipo de abordagem, predominantemente biomédica que ainda tem caracterizado os cuidados, onde os objetivos são habitualmente propostos pelo profissional. Embora a pessoa demonstre o seu acordo, a verdade é que muitas vezes o faz para não contrariar o profissional, assistindo-se a alguma passividade na gestão do contrato terapêutico.

Acerca desta assunção, Deakin e colegas (2006) referem que a instrução do utente acerca de determinado comportamento pode levar a que este o tenha, de forma a agradar o profissional de saúde. No entanto, se este comportamento não é percebido pela pessoa como necessário, tende a desaparecer ao longo do tempo (Deakin *et al.*, 2006). Bastos (2012) também verificou que, quando a interação entre o técnico de saúde e o utente se pautava por uma hierarquia, cabendo à pessoa cumprir o que tinha sido estabelecido pelo profissional, esta relação limitava a autonomia do cliente, prejudicando o *empowerment*, e promovendo um perfil de autocuidado formalmente guiado. Porém, é um facto que nem todas as pessoas com diabetes podem querer assumir a responsabilidade sobre as suas vidas (Meetoo & Gopaul, 2005). Os profissionais que têm como subjacente a filosofia do *empowerment*, devem saber reconhecer e respeitar as pessoas que desejam transferir o poder das decisões acerca dos cuidados para os seus profissionais de saúde ou para um familiar (Funnell, 1991, cit. por Meetoo & Gopaul, 2005). Ainda assim, tal como Funnell realça, a decisão permanece nestas pessoas, apesar de escolherem abandonar o poder. Os clientes que optam por assumir um papel passivo nos cuidados, permanecem responsáveis por esta opção, devendo assumir as suas consequências (Funnell, 1991, cit. por Meetoo & Gopaul, 2005).

Pensamos que este programa ajudou a pessoa a refletir sobre o que pretende no seu projeto de saúde, apoiando-a na definição e na implementação de um curso de ação, antecipando possíveis obstáculos, mas também possíveis forças. Promovendo a autorreflexão e a consciencialização, as enfermeiras incentivaram os clientes a analisar as suas experiências passadas. Desta forma, os participantes apercebiam-se da possível incongruência entre os seus objetivos, as suas atitudes e comportamentos, perante a gestão do seu projeto de saúde. De uma forma geral, as pessoas concluíram que, habitualmente, os seus estilos de vida têm impacto no controlo da diabetes, aumentando assim o seu *locus de controlo* interno.

Quando questionados acerca da sua confiança para lidar com os aspetos relacionados com a diabetes depois de frequentarem o programa, a totalidade dos entrevistados respondeu ter melhorado. De facto, uma das formas de melhorar a autoeficácia é criar situações onde a pessoa experiencie que o sucesso, face a um objetivo traçado, se deve também, e essencialmente, a si mesma. Uma vez que a autoeficácia se fundamenta na informação que a pessoa tem sobre as suas características, capacidades e competências, mas também sobre as informações acerca da tarefa a realizar (Neves & Faria, 2009), nomeadamente sobre as atividades relativas à gestão da doença, os testemunhos aqui apresentados demonstram que a variável conhecimentos contribuiu também para que a percepção de autoeficácia melhorasse. Assim, no final da intervenção,

os participantes demonstraram maior vontade e capacidade para mudanças comportamentais relacionados com a gestão da doença, refletindo uma melhoria da autoeficácia psicossocial.

Quanto ao suporte social, não obtivemos benefícios estatisticamente significativos com a implementação do programa, tal como aconteceu no estudo desenvolvido por McEwen e colaboradores (2010). No entanto, os resultados finais demonstraram uma melhoria na percepção sobre o apoio dos familiares e uma mudança de opinião nos que tinham inicialmente atribuído um papel dificultador aos familiares. Apesar dos utentes serem convidados a trazer os cônjuges ou pessoas significativas, verificamos que esta adesão foi baixa. O facto da maioria das pessoas, ainda antes do programa, perceber uma grande ajuda por parte dos seus familiares pode justificar a pouca afluência dos seus parentes às sessões. Segundo as enfermeiras, os participantes foram verbalizando a preocupação em não incomodar nem interferir nos afazeres da família até porque, sendo os filhos a principal fonte de apoio e encontrando-se profissionalmente ativos, a frequência do programa colidiria com as suas rotinas diárias. Os dados demonstram que são principalmente os filhos e/ou os cônjuges que ajudam a pessoa a gerir a sua doença, tendo-se verificado um maior envolvimento dos familiares após o programa, sobretudo por parte das esposas. Alguns estudos acerca dos prestadores de cuidados e do apoio familiar têm revelado que os cônjuges são os que, na maioria das vezes, desempenham este papel. No entanto, esses estudos debruçam-se essencialmente em pessoas com algum défice na sua autonomia e, portanto, com algumas incapacidades no autocuidado, não se assemelhando às características dos nossos participantes. Outro aspeto que poderá justificar esta proximidade dos filhos, colocando-os como primeiros elementos de apoio, prende-se com a maior proximidade que habitualmente existe entre os membros da família em ambientes rurais. Neste estudo verificamos que as esposas parecem estar mais recetivas a participar na gestão da diabetes. Tal pode dever-se a aspetos culturais, onde o papel da mulher ainda está associado ao “cuidar dos outros”, encontrando-se menos apoiada quando se trata de receber ajuda por parte do cônjuge. Tal como no estudo de Mayberry e Osborn (2012), os participantes do nosso estudo valorizaram o suporte emocional, instrumental e informativo, predominando estratégias positivas que incentivam, motivam e relembram a pessoa a gerir o regime terapêutico, com especial relevância nos cuidados com a alimentação. Roup e colaboradores (2009) realçaram o papel protetor da família através do apoio prático e emocional. No entanto, alguns participantes também referiram que a família não os apoiava na gestão do regime terapêutico. August e Sorkin (2010) vêm alertar para que, em contexto de doença crónica, as pessoas possam reagir de diferentes formas ao envolvimento das pessoas

mais próximas. Os autores verificaram que estratégias coercivas do tipo pressão/crítica estavam negativamente associados a comportamentos de autocuidado (August & Sorkin, 2010).

Em termos de autocuidado com a diabetes, os resultados demonstram que, após o programa, as pessoas aumentaram os seus cuidados em relação à alimentação. Alguns aspetos podem ter contribuído para estas melhorias. Nas sessões práticas sobre a alimentação as pessoas eram convidadas a trazer alguns dos seus alimentos prediletos, sendo analisada, de uma forma compreensível, a sua constituição, qualidade e quantidade desejável. Uchenna e colaboradores (2010) verificaram que, uma educação limitada em termos nutricionais, bem como o desconhecimento sobre as quantidades adequadas, estavam associados a pouca adesão no regime alimentar. No nosso programa foram confeccionadas algumas receitas utilizando produtos da região, e os participantes foram incentivados a construir o seu plano alimentar diário, atendendo às suas preferências e possibilidades. Foram trabalhadas estratégias no sentido de privilegiar alguns alimentos em detrimento de outros, nunca fazendo uso de uma linguagem proibitiva.

Os cuidados com a atividade física também aumentaram. No entanto, verifica-se que o exercício físico continua a ser a componente do regime em que as pessoas experienciam mais dificuldade, o que vem corroborar outros estudos (Bastos *et al.*, 2007; Sousa *et al.*, 2008). O facto de nos encontrarmos perante um grupo com uma idade mais avançada e com patologias associadas pode contribuir para estas dificuldades. Sendo que o ideal seria a prática de exercício moderado 5 a 7 vezes por semana (APDP, 2009), a verdade é que este também pode ser fracionado ao longo do dia, em vez de ser efetuado em um só momento, pois também tem um impacto positivo na circulação sanguínea e na sensibilidade à insulina, diminuindo a glicemia (APDP, 2009). Em pessoas com limitações devido a problemas de saúde, esta pode ser uma alternativa viável que interessa divulgar. Particularmente interessa que as pessoas reconheçam que o exercício faz parte do tratamento e que encontrem estratégias que, embora possam não ser as ideais, são as possíveis face à sua situação.

Ajudar a mobilizar recursos internos que permitam que as pessoas, face a um problema, encontrem soluções alternativas, era um dos objetivos deste programa. E, alguns participantes referiram ter conseguido melhorar a sua atividade física, mesmo perante condições limitadoras.

No entanto, o aproveitamento de recursos comunitários também concorre para a adoção de comportamentos de saúde. Neste sentido, foram tomadas diligências que resultaram

em uma parceria efetiva entre os centros de saúde e as respetivas autarquias, que disponibilizaram a integração dos participantes nas atividades desportivas, de modo gratuito ou a um custo simbólico. As enfermeiras responsáveis pelo programa também promoveram caminhadas e treinaram com as pessoas exercícios que poderiam fazer sem sair de casa. Cada cliente foi também convidado a repensar no seu dia-a-dia, no sentido de encontrar formas de aumentar a sua atividade física. Para além disso, verificou-se uma participação mais ativa por parte das pessoas, procurando situações que potenciasssem o exercício, mas que também favorecessem o convívio e interação social.

O isolamento social pode ser desmotivador para os comportamentos de autocuidado. Se o exercício físico não é encarado somente como um esforço para controlar a doença (motivação extrínseca), mas está associado a uma atividade prazerosa (motivação intrínseca) onde as pessoas podem conviver e partilhar as suas experiências de vida, é expectável que a sua prática se torne mais regular. Ryan e Deci (2000), na sua teoria da autodeterminação, destacam a importância da motivação e da experiência como variáveis mediadoras dos comportamentos e referem que a motivação extrínseca pode ser internalizada, passando a ser integrada (integração de valores, sem necessidade de contingências externas).

O facto de não existir melhorias significativas na autovigilância da glicemia não nos surpreende. Os estudos mais recentes têm colocado em discussão a pertinência de, na diabetes tipo 2, utilizar regularmente este autocuidado (IDF, 2009). A monitorização glicémica só deverá ser efetuada quando se pretende validar a adequação do regime terapêutico, alterá-lo ou detetar situações emergentes das complicações agudas da doença. Considerando que a participação ativa da pessoa é uma condição essencial no tratamento da diabetes, a monitorização glicémica representa uma ferramenta que ajuda a pessoa a compreender melhor a sua doença (IDF, 2009). Neste sentido, as enfermeiras negociaram com cada participante a melhor forma de monitorizar o açúcar no sangue, o que não implicou automaticamente o aumento da frequência deste procedimento, mas antes a sua adequação aos objetivos pretendidos pelo utente. Não interessa efetuar este teste, quando não se sabe interpretá-lo e/ou fazer ajustes ao tratamento (APDP, 2009; IDF, 2009). De facto, verificamos que os participantes foram desenvolvendo maior capacidade para decidir sobre a necessidade de proceder à monitorização glicémica.

Em relação à medicação, os resultados encontrados são sobreponíveis a estudos anteriores (Sousa, 2003; Sousa *et al.*, 2008), pois esta é a área do tratamento onde as pessoas experienciam menos dificuldade e onde aderem mais. Aliás, os comportamentos

que não colidam com o estilo de vida da pessoa são aqueles onde habitualmente a adesão é mais elevada. Poderá, também, estar subjacente a valorização da medicação em relação aos outros componentes do regime, quer por parte da pessoa, quer por parte dos profissionais. O facto de muitos destes fármacos terem um efeito hipoglicemiante mais imediato leva a que os técnicos de saúde invistam na educação da pessoa relativamente à sua utilização. Neste programa enfatizou-se a importância das várias componentes do regime, e talvez por este motivo tenhamos tido melhores resultados nos cuidados com a alimentação e com a atividade física, visto constituírem atividades onde as pessoas experienciavam anteriormente mais dificuldades.

A melhoria da adesão nos cuidados com os pés deve ser interpretada com cuidado, uma vez que nas respetivas unidades de saúde existia a consulta do pé diabético. Esta consulta pode ter contribuído na sensibilização de algumas pessoas para disponibilizar algum do seu tempo com este cuidado. No entanto, alguns relatos apontam para uma maior motivação para a autovigilância após o programa.

Vários estudos têm demonstrado que intervenções educacionais que privilegiam a autogestão refletem-se positivamente na qualidade de vida (Khunti *et al.*, 2012; Skinner *et al.*, 2003). Os nossos resultados, tal como no estudo desenvolvido por Ali e colegas (2012), não demonstram uma melhoria significativa nesta variável, embora tenhamos verificado benefícios em alguns aspetos. O facto de os participantes piorarem a sua perceção acerca da sua longevidade e da sua vida sexual pode, de acordo com a nossa convivência ao longo do programa, justificar-se pela maior consciencialização das consequências da diabetes, e também pela relação de confiança que se estabeleceu com a equipa de saúde, que permitiu que as pessoas discutissem abertamente esta complicação da doença. Os problemas sexuais têm um grande impacto na qualidade de vida, conduzindo a problemas de ansiedade, depressão, baixa autoestima e falta de autoconfiança (APDP, 2009). Embora a qualidade de vida seja atualmente considerada como um indicador da eficácia das intervenções realizadas na área da saúde, atendendo ao seu constructo multidimensional e à sua subjetividade, sendo portanto mutável ao longo da vida, parece não ser tão sensível a pequenas alterações, ao invés de outras variáveis contextuais (Cardoso, 2011; López & Crespo, 2008). Uma vez que representa a perceção global que a pessoa tem sobre a sua vida, sendo influenciada por diferentes dimensões (Pais-Ribeiro, 1994), é provável que intervenções focadas numa determinada área, neste caso na gestão da doença crónica, não se traduzam positivamente, e de forma significativa, na qualidade de vida em geral. Colocamos também a possibilidade de que o instrumento que utilizamos possa ser menos sensível a aspetos específicos da qualidade de vida na pessoa com diabetes, não contemplando determinadas

componentes ou áreas consideradas importantes para estas pessoas (Anderson *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2004).

Os valores médios da pressão sistólica (PAS) e diastólica (PAD), embora ainda acima do desejado, sofreram uma redução significativa após o programa. Os valores da TA devem ser inferiores a 130/80 mmHg (DGS, 2013). O aumento da PAS, em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, representa um fator de risco mais importante que a elevação da PAD (DGS, 2013). Os valores recomendados podem, no entanto, sofrer oscilações de acordo com a situação do doente, podendo ter que ser mais reduzidos (APDP, 2009). Os resultados que obtivemos não nos surpreendem pois, para além de nos encontrarmos perante uma população com uma idade mais avançada, predomina, nesta região, uma dieta rica em enchidos e carnes gordas. Todavia, ao longo das sessões, foi evidente o esforço que as pessoas fizeram no sentido de contrariar a tendência de incluir regularmente este tipo de produtos na sua alimentação. No entanto, predominam também nesta região produções de vinha, olival, amendoal e pomares, bem como culturas como o trigo, o centeio e as leguminosas. Os produtos hortícolas também são habitualmente cultivados pelos utentes nos seus quintais, visto muitos deles se dedicarem ainda à agricultura. O facto de, no programa, ser enfatizada a dieta mediterrânica, aproveitando os produtos da terra e demonstrando como se pode comer de forma saudável sem aumentar consideravelmente os custos, associado ao conhecimento do impacto da alimentação no controlo da TA e da diabetes, pode, na nossa perspetiva, ter contribuído para motivar e sensibilizar as pessoas para privilegiar alimentos mais saudáveis.

Segundo as orientações emanadas pela DGS (2013) para o controlo metabólico ideal, a HbA1c deve ser inferior ou igual a 6,5%, o IMC (kg/m^2) deve ser inferior a 25 (em caso de excesso de peso: redução de, pelo menos, 5%) e o perímetro da cintura, no Homem deve ser inferior a 94 cm, e na mulher inferior a 80 cm. Verificamos que os nossos participantes, embora com resultados positivos após o programa, apresentam ainda valores considerados acima do desejável, relativamente ao perímetro abdominal e ao índice de massa corporal, deparando-nos com um grupo maioritariamente obeso.

O método mais comum para monitorizar o controlo da diabetes é a determinação da hemoglobina A1c, fornecendo uma indicação do estado da doença nos últimos 3 meses. Embora, como já referido, deva ser inferior a 6,5%, este valor pode ser individualizado, tendo em conta a idade, anos de doença e existência de complicações (SPD, 2013a). A evidência científica tem demonstrado que uma HbA1c inferior a 7% está associada a uma redução acentuada das complicações microvasculares e das complicações macrovasculares a médio e longo prazo (DGS, 2013) e, uma vez que existe uma

associação entre a diabetes e a hipertensão arterial e o colesterol elevado, estes parâmetros devem também ser vigiados. A HbA1c deve ser avaliada semestralmente em todas as pessoas com diabetes (DGS, 2013). Ainda de acordo com a DGS (2012) este parâmetro tem sido utilizado como um instrumento de monitorização da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Verificamos valores médios de HbA1c superiores ao desejado, tanto no início como no fim da intervenção, embora com um decréscimo de 0,4% na sua média. Segundo a APDP (2009), um estudo realizado no Reino Unido demonstrou, de forma inequívoca, que uma redução de 0,9% neste marcador ao longo de 10 anos, estava associado a uma diminuição de aproximadamente 25% nas complicações microvasculares e de 16% no risco de enfarte agudo do miocárdio. Estes resultados sugerem a necessidade de um apoio contínuo dos profissionais de saúde no sentido de atingir valores mais baixos, minimizando, deste modo, as consequências da diabetes na saúde das pessoas.

5.6 CONCLUSÃO

Após a implementação do programa os participantes apresentaram melhorias nas variáveis psicossociais, nomeadamente nos conhecimentos, nas crenças sobre a diabetes, na autoeficácia percebida, na adesão aos comportamentos de autocuidado e na maioria dos marcadores clínicos. Verificou-se, também, uma alteração nos estilos de vida, pois as pessoas passaram a ter mais cuidado com a alimentação, a atividade física e cuidados com os pés. A adoção de hábitos saudáveis parece ter sido integrada na rotina diária dos participantes, embora estes resultados devam ser interpretados com alguma prudência, uma vez que o último período de avaliação foi realizado, através de entrevistas, entre o 1.º e o 6.º mês após intervenção, e somente a uma parte dos participantes. Não obtivemos melhorias no suporte social, na qualidade de vida e no índice de massa corporal.

O programa foi considerado por todos os participantes entrevistados como um meio de melhorar os seus conhecimentos e as suas capacidades para gerir os cuidados com a diabetes, aconselhando a sua continuação.

Não tivemos como objetivo específico proceder à contabilização dos custos associados ao programa, mas a utilização dos recursos humanos e materiais já existentes sugere que, este tipo de intervenção, possa ser replicada sem comportar encargos acrescidos ao SNS. Aliás, os ganhos obtidos nas variáveis psicossociais, nos comportamentos de autocuidado, na HbA1c e marcadores clínicos poderão, indiretamente, contribuir para

uma utilização dos serviços de saúde de forma mais racional e equilibrada. O controlo da diabetes permitirá impedir ou minimizar as expectáveis complicações relacionadas com a doença, evitando o sofrimento, as hospitalizações, os processos de recuperação e/ou reabilitações prolongadas, que interferem no bem-estar e qualidade de vida da pessoa com diabetes mas também com a sua família e consequentemente, com a comunidade.

Consideramos que este programa promoveu o envolvimento do cliente na gestão da sua saúde, na procura e implementação de estratégias adaptativas, na tomada de decisões e na resolução de problemas. Porque a técnica de resolução de problemas implica a identificação do problema, o delineamento de um plano de ação, a sua implementação e avaliação, os participantes foram incentivados a planear todas estas fases, dando particular ênfase à avaliação da eficácia das estratégias utilizadas. Essencialmente as pessoas perceberam que, através do seu comportamento poderão controlar melhor a diabetes. De facto, para além de a diabetes ser encarada de forma diferente, passando a fazer parte integrante da sua vida, as pessoas evidenciaram maiores competências em gerir diariamente o seu regime terapêutico. Estes indicadores que apontam para uma identidade fluida e maior mestria são, de acordo com Meleis e colegas (2010), sugestivos de uma transição saudável.

Contudo, este estudo não está isento de limitações. Têm sido escassos os estudos que se debruçam sobre o impacto, a longo prazo, das intervenções educacionais estruturadas, em pessoas com diabetes. Segundo Anderson e colegas (2005), os ganhos obtidos nos programas de intervenção em pessoas com DM tipo 2 perdem-se habitualmente após 6 meses, se não houver qualquer follow-up ou suporte à gestão. No nosso estudo, entrevistamos 21 pessoas entre o 1 e os 6 meses após o programa e verificamos que a maior parte dos comportamentos de autocuidado foram integrados na vida diária das pessoas. Pensamos, no entanto, que deveremos apostar em novas estratégias que permitam um acompanhamento mais prolongado e sistemático pelas profissionais que implementaram o programa, pois estabeleceu-se uma relação de empatia com os participantes. Entendemos, também, que este apoio pode ser reforçado pelos respetivos enfermeiros de família que, pela sua proximidade com os utentes e com as famílias, poderão constituir-se como uma fonte efetiva de ajuda. Porém, partilhamos da ideia de Jordan e Osborne (2007) quando referem que o sucesso nos programas que promovem a autogestão reside, em parte, no grande envolvimento e esforço dos profissionais de saúde.

Acreditamos que abraçar a filosofia do *empowerment* implica uma compreensão e identificação com os seus princípios. Desta forma, pensamos que é essencial que o

programa seja dinamizado por técnicos que se identifiquem com os pressupostos que o sustentam. Sensibilizar e preparar os enfermeiros para esta nova abordagem afigura-se como uma possível estratégia.

Uma vez que o nosso estudo se insere no âmbito de uma investigação muito “contexto-dependente”, não é nossa pretensão que este seja generalizável, mas transferível. Pretendemos que este estudo possa contribuir para a melhoria do conhecimento sobre intervenções no âmbito da pessoa com diabetes, promovendo nos profissionais competências que se traduzam em uma prática baseada na evidência, que apoie efetivamente a pessoa no seu autocuidado, especificamente na gestão do regime terapêutico.

5.7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Apesar do programa ter tido um impacto positivo na maioria das variáveis em estudo, propomos melhorar alguns aspetos direcionados principalmente para o suporte social e para a qualidade de vida. Concretamente, pretendemos investir em estratégias mais apelativas ao envolvimento familiar e /ou de pessoas significativas e auscultar as áreas que mais contribuem para a qualidade de vida.

A literatura demonstra que os vários programas educacionais têm obtido diferentes resultados em diversas variáveis. Este facto remete-nos para a ideia de que não existe ainda um programa concebido com as intervenções ideais. Contudo, uma vez que os estudos de investigação têm destacado algumas intervenções como prioritárias, deveremos continuar a integrá-las no delineamento de novos programas, mas deixando espaço para que outras, de acordo com as necessidades previamente identificadas, possam também ser incluídas nos conteúdos a abordar. Sugere-se assim que os programas educacionais sejam culturalmente sensíveis e apropriados à população e ao seu contexto específico.

A formação e o envolvimento dos profissionais e os modelos que orientam a sua prática também podem constituir uma condição que, de forma mais ou menos direta, pode influenciar na adesão das pessoas aos comportamentos de autocuidados. O modelo de cuidados centrado na pessoa é favorecedor do seu envolvimento na gestão do seu projeto de saúde, possibilitando tomadas de decisão sustentadas e direcionadas aos objetivos que pretende. Concretamente na doença crónica, este tipo de abordagem permite que a pessoa se consciencialize da sua nova condição e que desenvolva

competências que se traduzam em mestria e na integração da diabetes na sua vida, características de uma transição saudável.

5.8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta. Acedido em agosto, 2013, em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/1/Paradigma%20Qualitativo%20e%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Educacional.pdf>
- Ali, M. [et al.] (2012). Impact of community pharmacy diabetes monitoring and education programme on diabetes management: a randomized controlled study. *Diabetic Medicine*, 29 (9), e326-e333. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2012.03725.x.
- Al-Qazaz, H.; Hassali M.; Shafie A.; Sulaiman S. & Sundram S. (2010). The 14-item Michigan Diabetes Knowledge Test: translation and validation study of the Malaysian version. *Practical Diabetes International*, 27 (6), 238-242.
- Anderson, R.; Fitzgerald, J.; Gruppen, L.; Funnel, M. & Oh, M. (2003). The Diabetes Empowerment Scale– Short Form (DES-SF). *Diabetes Care*, 26 (5), 1641-1642.
- Anderson, R.; Funnel, M.; Fitzgerald, J. & Marrero, D. (2000). The Diabetes Empowerment Scale. A measure of psychosocial Self-efficacy. *Diabetes Care*, 23 (6), 739-743.
- Anderson, R.; Funnell, M.; Nwankwo, R.; Gillard, M.; Oh, M. & Fitzgerald, T. (2005). Evaluating a problem-based empowerment program for african americans with diabetes: results of randomized controlled trial. *Ethnicity & Disease*, 15, 671-678.
- Anderson [et al.] (2009). Evaluating the efficacy of an empowerment-based self-management consultant intervention: results of a two-year randomized controlled trial. *Therapeutic Patient Education*, 1 (1), 3-11. DOI:10.1051/tpe/2009002.
- APDP- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2009). *Diabetes tipo 2: um guia de apoio e orientação*. Lisboa: Lidel.

- Atak, N.; Gurkan, T. & Kose, K. (2008). The effect of education on knowledge, selfmanagement behaviours and self efficacy of patients with type 2 diabetes. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 66-74.
- August, K., & Sorkin, D. (2010). Marital status and gender differences in managing a chronic illness: the function of health-related social control. *Social Science & Medicine*, 71, 1831-1838. DOI:10.1016/j.socscimed.2010.08.022.
- Baljani, E. [et al.] (2012). The effect of education on promoting self-efficacy in patients with cardiovascular disease. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 16 (3), 1-2.
- Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Bastos, F.; Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.
- Bayat [et al.] (2013). The effects of education based on extended health belief model in type 2 diabetic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12, 45. Acedido em dezembro, 2013, em <http://www.jdmdonline.com/content/12/1/45>. DOI:10.1186/2251-6581-12-45
- Brides, V.; Rapadas, J.; Sabella, W.; Sanchez, A.; ThelShorette, J. & Tan II, L. (2012). Compliance of treatment management among diabetes patients. *Nursing Research*, 4, 143-167.
- Broadbent, E.; Donkin, L. & Stroh, J. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*, 34 (2), 338-340. DOI: 10.2337/dc10-1779.
- Broadbent, E.; Petrie, K.; Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. DOI:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
- Cardoso, M. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador. Programa de intervenção estruturado*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

- Coster, S. & Norman, I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (4), 508-528. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.
- Deakin, T.; Cade, J.; Williams, R. & Greenwood, D. (2006). Structured patient education: the Diabetes X-PERT programme makes a difference. *Diabetes Medicine*, 23, 944-954. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2006.01906.x.
- Deshpande, A.; Harris-Hayes, M. & Schootman, M. (2008). Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications. *Physical Therapy*, 88 (11), 1254-1264. DOI: 10.2522/ptj.20080020.
- DGS (2012). *Prescrição e determinação da hemoglobina glicada A1c*. Norma n.º 033/2011 de 30/09/2011, atualizada a 06/12/2012. Acedido em dezembro, 2013, em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>
- DGS (2013). *Abordagem terapêutica da hipertensão arterial*. Norma nº 026/2011 de 29/09/2011, atualizada a 19/03/2013 Acedido em dezembro, 2013, em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0262011-de-29092011-atualizada-a-19032013.aspx>
- Ferreira P. & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 21 (2), 15-30.
- Figueiras, M. [et al.], (2009). Patients' illness schemata of hypertension: the role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology & Health*, 1-11. DOI:10.1080/08870440802578961.
- Gazmararian J.; Kripalani S.; Miller M.; Echt K.; Ren J. & Rask K. (2006). Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: a focus on health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (12), 1215-1221. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00591.x.
- Hu, J; Gruber, K.; Liu, H.; Zhao, H. & Garcia, A. (2012). Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 51-60. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04273.x.

- International Diabetes Federation (2009). *Self-monitoring of blood glucose in non-insulin-treated type 2 diabetes: Guideline*. Acedido em março, 2012, em http://www.idf.org/webdata/docs/SMBG_EN2.pdf
- International Diabetes Federation (2011). *Diabetes self-management education: a right for all. Position Statement: Self-management Education*. Acedido em dezembro, 2013, em <http://www.idf.org/education/self-management-education>
- Johnson, M.; Maas, M. & Moorhead, S. (2008). *Classificação dos resultados de Enfermagem (NOC)* (3.^a edição). S.Paulo: Artmed Editora.
- Jordan, J. & Osborne, R. (2007). Chronic disease self-management education programs: challenges ahead. *The Medical Journal of Australia*, 186 (2), 84-87.
- Khunti, K. [et al.] (2012). Effectiveness of a diabetes education and self-management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomised controlled trial in primary care. *BMJ*, 344. Acedido em dezembro, 2013, em <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e2333>. DOI:10.1136/bmj.e2333
- Kralik, D.; Koch T.; Price, K. & Howard, N. (2004). Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (2), 259-67.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leventhal, E. & Crouch, M. (1997). Are there differences in perceptions of illness across the lifespan? In K.J. Petrie, & J.A. Weinman (Eds.) *Perceptions of health and illness: current research & applications* (pp.77-102). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H. [et al.] (1997). Illness representation: theoretical foundations. In K.J. Petrie & J.A.Weinman (Eds.). *Perceptions of health and illness: current research & applications* (pp.19-46). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Levesque, A.; Li, H. & Pahal, J. (2012). Factors related to patients' adherence to medication and lifestyle change recommendations: data from Canada. *International Journal of Psychological Studies*, 4 (2), 42-55. DOI: 10.5539/ijps.v4n2p42.
- López, J. & Crespo, M. (2008). Analysis of the efficacy of a psychotherapeutic program to improve the emotional status of caregivers of elderly dependent relatives. *Aging & Mental Health*, 12 (4), 451-461. DOI: 10.1080/13607860802224292.

- Mayberry, L. & Osborn, C. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35, 1239-1245. DOI: 10.2337/dc11-2103.
- McEwen, M.; Baird, M.; Pasvogel, A. & Gallegos, G. (2010). Health–illness transition experiences among Mexican immigrant women with Diabetes. In A. I. Meleis (Eds). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.326-338). New York: Springer Publishing Company.
- McGowan, P. (2011). The efficacy of diabetes patient education and self-management education in type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 35 (1), 46-53.
- Meetoo, D. & Gopaul, H. (2005). *Empowerment: giving power to people with diabetes*. *Journal of Diabetes Nursing*, 9 (1), 28-32.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Messias, D.; Im, E. & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing*, 23 (1), 12-28.
- Mesquita, A. (2003). *Empowerment na doença crónica: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Portugal.
- Molsted, S.; Tribler, J.; Poulsen, P. & Snorgaard, O. (2012). The effects and costs of a group-based education programme for self-management of patients with type 2 diabetes: a community-based study. *Health Education Research*, 27 (5), 804-813. DOI:10.1093/her/cyr053.
- Moodley, M. & Rambiritch V. (2007). An assessment of the level of knowledge about diabetes mellitus among diabetic patients in a primary healthcare setting. *South African Family Practice*, 49 (10), 16a-16d.
- Moreira, J. (2007). *In prefácio*. Mesquita, A. *Empowerment na doença crónica* (pp.7-9). Lisboa: Instituto de Formação em Enfermagem.
- Neves, S. & Faria, L. (2009). Auto-conceito e auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 206-218.
- Pais-Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179-191.

- Pais-Ribeiro (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª edição). Legis Editora.
- Petrie, K.; Jago, L. & Devich, D. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167.
- Pourghazneina, T.; Ghaffarib, F.; Hasanzadehc, F. & Chamanzarid, H. (2013). The relationship between health beliefs and medication adherence in patients with type 2 diabetes: A correlation-cross sectional study. *Life Science Journal*, 10 (4s), 38-46.
- Roupa, Z. [et al.] (2009). Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. *Health Science Journal*, 3 (1), 32-40.
- Ryan, R. & Deci, E. (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68.
- Santos, C. (2006). *Doença oncológica. Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente e família*. Coimbra: Formasau.
- Schumacher, K.; Jones, P. & Meleis, A. (2010). Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. In A. I. Meleis (Eds). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.129-144). New York: Springer Publishing Company.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: a central concept in nursing. In A. I. Meleis (Eds). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.38-51). New York: Springer Publishing Company.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. & Ramos, H. (2004). Questionário qualidade de vida e diabetes: contributo para a criação de um instrumento de avaliação da qualidade de vida em indivíduos com diabetes. *Psychologica*, 36, 177-194.
- Skinner, T.; Cradock, S.; Arundel, F. & Graham, W. (2003). Four theories and a philosophy: self-management education for individuals newly diagnosed with type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 16, 75-80.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2013). *Diabetes: factos e números 2012. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Acedido em novembro, 2013, em <http://www.ulsml.min-saude.pt/ResourcesUser/Documentos/i018361.pdf>

- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2013a). *Diabetes: factos e números 2013. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Acedido em dezembro, 2013, em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2013.aspx>
- Someren, M.; Barnard, Y. & Sandberg, J. (1994). *The think aloud method. A practical guide to modelling cognitive processes*. Department of Social Science Informatics. University of Amsterdam. Published by Academic Press, London.
- Sousa, M. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho, Portugal.
- Sousa, M; Peixoto, M. & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: Influência na adesão ao regime terapêutico. *Referência, II* (8), 59-67.
- Tol, A; Shojaeezadeh, D.; Sharifirad, G.; Eslami, A.; Alhani, F. & Mohajeritehrani, M. (2012). Predictors of self-management behaviors among type 2 diabetes patients. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2 (3), 2270-2274.
- Uchenna, O.; Ijeoma, E.; Pauline, E. & Sylvester, O. (2010). Contributory factors to diabetes dietary regimen non adherence in adults with diabetes. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 45, 735-742.
- Vicarelli, M. & Bronzini, M. (2009). From “the expert patient” to “expert family”: a feasibility study from family learning for people with long term conditions in Italy. *Health Sociology Review*, 18 (2), 182-193.
- Voncella, M. (2011). Health literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease self-management among African Americans with diabetes mellitus. *Association of Black Nursing Faculty Journal*, 25-32.
- Wallston, K.; Rothman, R. & Cherrington, A. (2007). Psychometric properties of the Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS). *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 395-401. DOI 10.1007/s10865-007-9110-y.
- Wilson, P.; Kendall, S. & Brooks (2007). The expert patients programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance. *Health and Social Care in the Community*, 15 (5), 426-38. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2007.00701.x.

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*.
Acedido em dezembro, 2013, em
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.

World Health Organization (2005). *Prevenção das doenças crónicas: Um investimento vital*. Acedido em novembro, 2013, em
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf.

Yoo, H.; Kim, C.; Jang, Y. & You, M. (2011). Self-efficacy associated with self management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 599-606. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2011.01970.x.

6. CONCLUSÕES GERAIS

Concluimos um processo de investigação que pretendia averiguar o impacto de um programa educacional nas variáveis psicossociais, na promoção dos comportamentos de autocuidado e nos marcadores clínicos. Este programa, centrado na pessoa com diabetes, foi delineado e construído com base nas necessidades da população alvo, e assente em pressupostos que foram percecionados como essenciais pelos enfermeiros. Daqui decorre que os resultados apurados são contexto-dependentes e válidos, apenas, à escala do contexto onde foi realizado o estudo. Todavia, o seu potencial de transferibilidade para outras realidades semelhantes poderá ser validado em futuros projetos.

Ambicionávamos, com a presente investigação, contribuir para o *empowerment* da pessoa com diabetes, promovendo a responsabilização pela sua saúde, envolvendo-a na gestão da sua doença. Era, igualmente, nosso propósito contribuir para o desenvolvimento da profissão e da disciplina de enfermagem.

Os estudos apresentados nesta tese expõem, de um modo mais detalhado, as várias etapas percorridas, apresentando o suporte teórico que os sustentou, os objetivos, o método, os resultados, a discussão e as respetivas conclusões. Embora a forma como estão descritos possa, ao leitor menos atento, sugerir que são independentes, relembramos a sua inter-relação e sequência lógica.

O presente capítulo enfatiza as principais ideias que emergiram deste percurso e está desenvolvido em torno de três aspetos centrais: (1) o impacto do programa na pessoa com diabetes; (2) o impacto do programa nas práticas de enfermagem; (3) o contributo desta investigação para a expansão do conhecimento da disciplina.

Ao longo da explanação faremos referência às limitações do estudo e apontaremos algumas sugestões que perspetivamos serem implementadas num futuro próximo.

Desde já, urge salientar que este estudo nos permitiu consolidar três aspetos: a) este tipo de programas, marcados pela estruturação e sistematização, são capazes de contribuir para o incremento dos ganhos em saúde dos clientes; b) à escala dos serviços, com base nas capacidades instaladas e sem um aumento significativo dos recursos, é possível promover o avanço das práticas, se os profissionais forem envolvidos na reflexão sobre os cuidados, nos seus objetivos e propósitos; c) os princípios do *empowerment*, na

condução da ação terapêutica, são altamente congruentes e consonantes com uma enfermagem que se orienta para a promoção do potencial dos clientes em transição.

Pelo exposto e naquilo que se reporta ao terceiro elemento que destacamos, podemos dizer que o *empowerment*, enquanto filosofia e enquanto processo (Anderson & Funnell, 2010), dá substrato, confere sentido e consolida o conteúdo das terapêuticas de enfermagem de que nos fala Meleis (2005). Meleis (2005) defende que é necessário aumentar a investigação em enfermagem sobre as “terapêuticas de enfermagem”. Acrescenta que o foco do estudo e desenvolvimento teórico acerca das terapêuticas de enfermagem deve ser colocado na intenção depositada nos cuidados de enfermagem, nos modos de realização das intervenções e nos resultados que as terapêuticas perseguem.

Este estudo permitiu demonstrar o valor terapêutico que o *empowerment* pode ter na assistência às pessoas com diabetes.

6.1 IMPACTO DO PROGRAMA NA PESSOA COM DIABETES

Qualquer intervenção de enfermagem deve ser adequada às necessidades e expectativas do cliente. Neste sentido, realizamos entrevistas junto de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, no contexto onde se iria desenrolar o programa. Pretendíamos compreender as dificuldades e obstáculos que os clientes percecionam na gestão da sua diabetes, bem como os fatores potenciadores dos seus comportamentos de autocuidado.

Os resultados deste primeiro estudo evidenciaram a importância dos fatores intrínsecos à pessoa. Estes achados não nos surpreendem pois, sabendo que as doenças crónicas estão relacionadas com os estilos de vida e que esses estilos são fruto de atitudes, significados e comportamentos, a relação que se estabelece entre o que a pessoa faz, reflexo do que pensa, traduz-se diretamente no modo como gere a sua situação de saúde. O ambiente próximo à pessoa, concretamente o apoio da família/pessoas significativas, mas também dos profissionais de saúde, embora de forma não tão expressiva, demonstrou ter influência na adesão e gestão da doença.

Esta multicausalidade de fatores sugere que o enfermeiro desloque o seu enfoque de cuidados no processo de doença para uma conceção de cuidados mais focados no cliente e, portanto, mais centrados na pessoa e na forma como experiencia a sua condição. No entanto, quando auscultamos as necessidades e expectativas destes clientes quanto aos cuidados de enfermagem, o discurso produzido revelou uma

centralidade na doença, isto é, os clientes ainda esperam que os enfermeiros sejam prescritivos, embora tenham destacado o seu papel de suporte e apoio emocional, ao longo do processo de viver com a diabetes. Estas baixas expectativas face ao papel dos enfermeiros estarão, na nossa perspetiva, relacionadas com três aspetos principais: o primeiro relaciona-se com as características decorrentes de um baixo nível de escolaridade destes participantes, que se pode traduzir em pouca literacia em saúde, condicionando a avaliação que fazem dos cuidados; o segundo resulta de um possível reflexo das experiências anteriores no contacto com estes profissionais de saúde, em que predominaram este tipo de intervenções; o terceiro tem que ver com a representação social do enfermeiro, visto essencialmente como um profissional secundário. Poderemos também ter entrevistado pessoas com um estilo de gestão tendencialmente do tipo “formalmente guiado” e que, de acordo com os estudos relatados, se enquadram mais frequentemente neste nível sociocultural. Se ao longo da sua interação com os serviços de saúde, os enfermeiros assumiram predominantemente uma postura de conselheiros, focando-se essencialmente na monitorização da doença e na informação acerca do seu controlo, parece-nos expectável que ainda seja atribuído ao seu papel estas mesmas funções.

Estando na posse destes dados, e após um dinâmico trabalho de reflexão e pesquisa, os enfermeiros evoluíram para a construção de um programa de intervenção, centrado nas variáveis psicossociais, ou condicionalismos (internos e externos) ao cliente, que influenciam os comportamentos de autocuidado, nomeadamente nos conhecimentos sobre a doença, nas crenças, na autoeficácia e no suporte social. Este programa pretendia trabalhar com as pessoas as suas competências, para que estas adquirissem um maior (auto) controlo sobre a saúde.

A centralidade na pessoa reflete-se no próprio currículo do programa, que a convida a refletir sobre o impacto da diabetes na sua vida, a expressar os sentimentos quanto à situação e a ponderar sobre os seus objetivos, bem como a forma de os atingir.

No último estudo apresentamos os resultados obtidos com o programa, comparando as diferentes variáveis em análise, antes e após a intervenção. Procedemos a uma triangulação de métodos o que nos permitiu, de certa forma, confirmar os resultados obtidos através dos questionários. Verificamos que, no final do programa, os clientes melhoraram os conhecimentos sobre a diabetes, modificaram a perceção que têm na representação cognitiva (consequências, duração, controlo pessoal e identidade), na compreensão e na representação emocional (preocupação) da diabetes. Referiram, também, serem mais capazes de estabelecer metas e operacionalizá-las, de ultrapassar

possíveis obstáculos que comprometem os seus objetivos, de encontrar estratégias que lhes permitam gerir o stresse provocado pela doença e de procurar ajuda para cuidar e viver melhor com a diabetes. Estas novas atitudes refletiram-se numa gestão mais eficaz da doença pois, em termos de autocuidado, os clientes demonstraram maior envolvimento na gestão do regime alimentar, na atividade física e nos cuidados com os pés. Os marcadores clínicos evidenciaram os ganhos em saúde, com a redução dos valores tensionais, do peso, do perímetro abdominal e da hemoglobina glicada.

Acresce os dados que emergiram das entrevistas finais e que nos parecem relevantes, porque sugerem que estamos perante clientes que seguem cursos de transição no sentido da saúde. Em alguns casos foi notório o início do processo de transição, despoletada não pelo diagnóstico (entretanto já decorrido há vários anos), mas pela participação no programa, que pode ter sido considerado como um evento crítico que promoveu a consciencialização e o envolvimento da pessoa nos cuidados com a sua diabetes. Esta consciencialização implicou no cliente o reconhecimento de que algo mudou na saúde, e que teria que tomar medidas concretas no sentido de a controlar. Por sua vez, o envolvimento possibilitou o desenvolvimento de competências que permitiram o recurso a estratégias de *coping* essencialmente focadas no problema, à mobilização de redes de suporte formal e informal e ao sentimento de controlo da situação.

Perante estes indicadores, pensamos ser legítimo afirmar que o programa contribuiu para que a pessoa caminhe para a integração da diabetes na sua vida, tornando-se perita na sua gestão. Isto significa que o programa promoveu o desenvolvimento da mestria dos clientes.

Tendo como objetivo o envolvimento da família, esta intervenção educacional não se demonstrou eficaz. As possíveis razões para este resultado remetem, de acordo com o relato dos participantes e dos enfermeiros, para a incompatibilidade de horários com o programa, que impossibilitou uma participação mais efetiva dos familiares ou pessoas significativas. A preocupação em não sobrecarregar as pessoas “de quem se gosta” com mais responsabilidades, também contribuiu para esta situação. Porém, verificamos que, embora de forma modesta, houve uma perceção mais positiva dos clientes sobre o apoio dos familiares no final do programa. Tal pode dever-se ao facto dos clientes partilharem com a família os aspetos que foram abordados nas sessões, envolvendo-a assim na gestão da doença. Parece-nos fulcral que os enfermeiros se preocupem em criar um ambiente propício para que os familiares possam integrar o planeamento de cuidados, mas sem exercer qualquer tipo de pressão ou obrigação. Cabe sempre ao cliente decidir se quer estar acompanhado por alguém. Uma possível estratégia para envolver as

peças mais significativas na gestão da doença passa, quando julgado como necessário pelo cliente, por abordá-las no seu contexto natural, minimizando o constrangimento nas deslocações aos serviços de saúde. Desta forma, este programa pode também contemplar encontros no domicílio do cliente/familiares, caso estes expressem essa vontade.

A qualidade de vida foi, também, uma das variáveis que não sofreu modificações significativas com o programa, embora, globalmente, as pessoas tenham percecionado melhorias ligeiras na sua satisfação com a vida, na percepção de saúde, na qualidade de vida e na felicidade com o decurso da vida. A percepção da gravidade da diabetes diminuiu, o que provavelmente está relacionado com uma maior sensação de controlo sobre a doença, pois as variações relativas a esta crença foram estatisticamente significativas com o programa. No entanto, a presença de variáveis de primeira e segunda ordem determinam um impacto não linear na variável qualidade de vida, tida como variável de resultado, e mediada por outras interferências que poderão não ter sido estudadas. Assim, estamos perante uma realidade complexa em que a duração temporal do programa poderá não ser sensível às modificações registadas. O facto do programa se desenrolar em um curto espaço de tempo, poderá ter limitado a exploração de outras esferas ou dimensões da vida. Também podemos ter utilizado um instrumento que não nos tenha permitido aferir as dimensões da qualidade de vida mais significativas para estes participantes. Esta variável, em futuros estudos, deverá ser equacionada, aferindo e adaptando os instrumentos de recolha de dados às características da população.

Contudo, o que ficou evidente com o nosso estudo, como já tivemos oportunidade de salientar, foi, de facto, o impacto positivo do programa em aspetos concretos da condição de saúde das pessoas com diabetes.

6.2 CONTRIBUTO DA INVESTIGAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Neste subcapítulo julgamos essencial expor os dados que emergiram do acompanhamento presencial que fomos efetuando ao longo do programa, e que nos permite emitir algumas impressões, com base nas notas de campo que fomos produzindo.

Ainda na fase diagnóstica, nos encontros decorridos com os enfermeiros, ficou evidente a existência de uma diferença entre as atividades inerentes ao exercício profissional que são desenvolvidas na prática diária com os clientes, e aquelas que os enfermeiros aprenderam nas formações, e que pensam ser as ideais no apoio à pessoa com doença

crónica. De facto, embora estes profissionais tenham identificado os fatores que interferem na adesão e na gestão do regime terapêutico nos seus clientes, reconheceram que, a sua prática profissional, era ainda fortemente influenciada pelo modelo biomédico, centrando-se predominantemente na doença. No entanto, existia a intenção de evoluir para abordagens mais focadas no cliente, tendo por propósito promover o autocuidado. Esta intenção motivou um processo de procura ativa de conhecimentos, que sustentassem a produção de cuidados centrados na resposta humana às transições. Esse processo culminou com o desenvolvimento e co construção do programa “*Viver em harmonia com a diabetes*”, descrito no terceiro estudo, que privilegiou focos de atenção no âmbito do domínio da pessoa.

A utilização de modelos conceituais, especificamente o modelo do *empowerment*, permitiu, na nossa perspetiva, a aproximação da teoria à prática ou, se quisermos, dos modelos em uso ao modelo exposto. Porém, não bastava construir um programa e definir focos da atenção. Porque a filosofia do *empowerment* preconiza uma relação de parceria nos cuidados, os enfermeiros depararam-se com a necessidade de assumir novas posturas. Abandonar o tradicional papel de peritos (“detentores de todo o saber”), causou uma sensação de insegurança. Ao longo da implementação do programa, em determinados momentos, foi notória essa sensação, em que as enfermeiras expressavam o seu receio de “*não estar a fazer bem*” ou “*ter medo de voltar ao mesmo de antigamente*”. No final das sessões, nem sempre percecionavam o sentimento de “*dever cumprido*” pois sentiam que não “*dominaram a sessão*”. O sentimento de “domínio” remete-nos para a questão do “poder”. O “pouco domínio” não se reportava às capacidades de gerir o grupo, nem tão pouco aos conhecimentos que suportavam os conteúdos, mas sim à falta das típicas intervenções focadas essencialmente na doença. Levar os clientes a refletirem sobre as suas crenças, os seus objetivos e os sentimentos que experienciam, constituiu um dos maiores desafios (e aprendizagem) para todos nós. Pelo contrário, abordar os aspetos relacionados com a gestão do regime terapêutico, de índole mais prática e instrumental, permitiu reaver de novo uma sensação de controlo. Porém, ao longo de cerca de um ano de implementação do programa, as enfermeiras foram construindo e consolidando os seus conhecimentos, as suas novas formas de estar, experienciando um crescente sentimento de autoeficácia, de controlo e de autorregulação, decorrente de um maior domínio e apoderamento da filosofia do *empowerment*.

De uma forma global, na fase final do programa, todas percecionaram a existência de modificações positivas na prática dos cuidados, quer no seu processo de conceção quer na forma de os operacionalizar.

De facto, foram demonstrando novas posturas perante o cliente, ficando clara a mudança na atitude e comportamento dos enfermeiros. A orientação da consulta, anteriormente centrada no enfermeiro, onde este ensinava, explicava e dominava o diálogo, passou a ser centrada no cliente. O seguinte relato exemplifica esta nova “forma de estar”:

“A grande valia deste programa é o poder que é dado ao utente, pois só conseguimos resultados positivos se ele estiver motivado. O utente é o centro da consulta e nós somos “apenas” o trampolim que lhe vai permitir o salto.”

Esta ideia é interessante, em termos do conceito de terapêutica de enfermagem. Daqui resulta que os cuidados significativos usam os próprios enfermeiros como “recurso ou meio terapêutico”, o que é congruente com o conceito de terapêutica, proposto por Meleis (2005), e do preconizado na filosofia e no modelo do *empowerment* (Anderson & Funnell, 2005). Estar ao lado do utente, sem prescrições ou “receitas”, saber escutar, apoiar a assumir a sua situação de saúde, a estabelecer etapas e objetivos, assistindo-o no percurso que decidiu fazer, exigiu, segundo as enfermeiras, um grande envolvimento e estudo, enquanto estratégias para aportar maior rigor e qualidade aos cuidados.

O processo de enfermagem foi também utilizado enquanto método que permite organizar o processo de pensamento, tomar decisões e conceber cuidados significativos. As enfermeiras frequentemente refletiam em conjunto sobre os possíveis focos, diagnósticos e intervenções que melhor poderiam responder às necessidades em saúde dos seus clientes. Este tipo de percursos que, de alguma forma, também radicam nos processos de pensamento utilizados na tomada de decisão clínica, têm permitido esbater as diferenças entre a visão tradicionalista do processo de enfermagem, como um conjunto de etapas sequenciais, do tipo “passo-a-passo”, e as visões mais holísticas da enfermagem (Silva, 2011). Com efeito, apesar de cada passo do processo de enfermagem poder ser isolado como um componente distinto para propósitos de discussão, o processo de enfermagem, em si mesmo, é um conjunto de ações dinâmicas, metódicas, sistemáticas e flexíveis, mas que não podem ser separadas na prática.

O processo reflexivo remete-nos já para um nível superior de concetualização de cuidados, em que o profissional procede a uma abordagem mais profunda da situação, problematiza-a, e dedica-se à sua análise, partilhando com os restantes profissionais os possíveis caminhos.

Verificamos que um programa de educação estruturado pode facilitar a intervenção dos profissionais na promoção da gestão autónoma da doença. Facilita, também, a mobilização de conhecimento formal, fundamental para a prática de cuidados de

excelência, contribuindo para a aproximação entre os modelos em uso e os modelos expostos.

Reforçamos que o espírito que imbuíu a abordagem dos enfermeiros, mais do que o currículo do próprio programa, assumiu-se como preponderante.

Se a autogestão é um processo dinâmico e ativo de aprendizagem, de experiências e exploração dos limites impostos pela doença, que exige uma planificação constante e uma adequação de comportamentos, então o enfermeiro tem que acompanhar este processo. Facilitando a interação com o cliente, permitindo a diversidade de perspetivas, criando um ambiente propício à aprendizagem, envolvendo o cliente na exploração de estratégias de gestão que façam sentido e que lhe tragam o equilíbrio desejado, o enfermeiro promove a autonomia da pessoa e ajuda-a a conferir um sentido à sua vida, por vezes fragilizado pela doença.

Parece-nos importante que, para além de políticas que promovam o *empowerment* do cidadão, urge também apostar em estratégias favorecedoras do “empoderamento” dos próprios profissionais. Se não existirem condições que sustentem esta mudança de paradigma corremos o risco dos profissionais retomarem o seu “papel de peritos”, onde dão conselhos e orientações. Neste sentido, recorrendo à experiência desta investigação e aos estudos que se debruçam sobre esta temática, sugerimos:

- Investir na formação avançada destes profissionais. Habitualmente, estes possuem competências para lidar com a pessoa com doença crónica, adquirida na sua formação de base. No entanto, nos casos em que estas competências não demonstrem ser suficientes para avançar para cuidados centrados na resposta humana às transições, a formação avançada poderá constituir uma estratégia, no sentido de preparar melhor estes profissionais;

- Investir na criação de contextos dos cuidados que facilitem a implementação de novas abordagens. Não basta termos profissionais qualificados e motivados. A alocação dos profissionais de saúde deve ser repensada à luz de novos modelos mais adaptados à situação da pessoa com patologia crónica, prevendo intervenções que “respeitem o tempo do cliente”. Queremos com isto dizer que, embora seja mais célere uma consulta baseada na abordagem tradicional do que aquela que preconiza o envolvimento do cliente e se centra nos seus problemas específicos, esta não tem produzido os ganhos que se desejam alcançar. Escutar o cliente implica que o enfermeiro possua disponibilidade, e portanto tenha também “o seu tempo” para o ajudar a refletir e a identificar o que pretende mudar, bem como a planear um conjunto de ações que

promovam a sua resolução. Os ganhos na condição de saúde dos clientes que este estudo sugere legitimam a aposta neste tipo de abordagens, as quais serão, com toda a certeza, no médio prazo, geradoras de eficiência dos serviços de saúde.

6.3 O PROGRAMA: FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES

O programa “*Viver em harmonia com a diabetes*” é suscetível de melhorias, que podem facilitar o desempenho dos profissionais e o apoio aos comportamentos de autocuidado do cliente.

O modelo

A filosofia e o modelo do *empowerment* que estiveram subjacentes a este programa demonstraram-se adequados aos participantes. Embora a população deste estudo tivesse condições sociodemográficas que pudessem sugerir uma aposta em cuidados mais diretivos/prescritivos, pois as entrevistas iniciais realizadas a pessoas com características semelhantes remeteram-nos para um estilo de gestão compatível com um perfil “formalmente guiado”, a verdade é que esta abordagem promoveu nos clientes competências para “tomar conta” da sua saúde, para tomar decisões informadas e para gerir mais eficazmente a sua doença. No limite, é como se a participação dos clientes no programa também despoletasse a experiência de uma transição desenvolvimental. Estaremos a ser muito ambiciosos, mas é grande o potencial de desenvolvimento pessoal que muitas pessoas com doença crónica possuem.

Parece-nos que, mesmo perante pessoas com o predomínio de um estilo de gestão “formalmente guiado”, o enfermeiro poderá e deverá sempre investir num processo de autonomização da pessoa, apostando nos seus recursos internos e criando um ambiente favorável ao seu *empowerment*, ao seu crescimento e desenvolvimento pessoal. Processos de aprendizagem que apelem à mobilização de experiências vividas e que explorem o sucesso/insucesso de determinados comportamentos no processo de gerir a doença, perspetivam-se como adequados em pessoas com menos literacia em saúde. Proceder a uma caracterização inicial mais exaustiva dos clientes que vão participar no programa, em termos de estilo de gestão, poderá orientar os enfermeiros para diferentes terapêuticas de enfermagem, potenciando a adequabilidade do programa a cada um dos clientes.

A estrutura

O programa não contemplava, formalmente, um acompanhamento a longo prazo. Tal como vários estudos o têm demonstrado, esta limitação pode ter um impacto negativo no envolvimento da pessoa na gestão da doença, pois o risco de retomar antigos hábitos comportamentais, depois da intervenção educativa, aumenta com o decorrer dos meses. Embora os utentes continuem a ter acesso a consultas com os seus enfermeiros e médicos de família, o facto é que estes profissionais podem não priorizar este tipo de abordagem. Os modelos em uso parecem tender, ainda e predominantemente, para um modelo biomédico, levando a posturas diferentes perante o cliente, que podem comprometer o apoio que ele necessita para manter o seu comportamento.

Uma parceria efetiva entre as várias equipas, em que todos trabalham para objetivos idênticos e utilizam estratégias “empoderadoras”, promove a continuidade dos cuidados. Não será eticamente desejável que os enfermeiros criem expectativas nas pessoas acerca dos cuidados de enfermagem que podem prestar, não lhes dando depois prosseguimento.

O acompanhamento ao cliente efetuado pela própria equipa que implementou o programa parece-nos ser viável. Aliás, as enfermeiras responsáveis pelo programa disponibilizaram-se para apoiar as pessoas que nele participaram, facto que se tem vindo a verificar, pois frequentemente as pessoas deslocam-se à unidade de saúde e procuram essas enfermeiras. Este comportamento demonstra a importância da relação que se estabeleceu entre a equipa de enfermeiras da UCC e os clientes. Parece-nos, no entanto, que estas consultas carecem de um carácter mais formal e, assim, propomos que este programa contemple consultas de seguimento, de forma a promover nos clientes a manutenção das alterações comportamentais, iniciadas durante a intervenção educacional. Uma estratégia amplamente discutida na literatura e que pode ser eficaz, principalmente nos casos em que os clientes têm impedimentos na deslocação aos serviços de saúde, refere-se ao uso de contactos telefónicos ou mesmo da “tele enfermagem ou “Informoterapia”.

Cada vez mais, atendendo à evolução do perfil de utilização das tecnologias da informação pelas populações, urge considerar, por exemplo, a utilização do telefone e /ou da internet, com o propósito de promoção da saúde (Jenkins, Kouri & Weaver, 2010). Em Portugal, a utilização da internet para questões relacionadas com a saúde e com a doença tem vindo a aumentar significativamente, facto que, nos nossos tempos, mesmo em contextos mais rurais e do interior, não deve ser negligenciado. Segundo dados de 2007, a percentagem da população portuguesa que referia já ter usado a internet para

razões de saúde ou doença situava-se nos 38,3% (Santana, 2009). Esta procura pode ser explicada pela incapacidade que os cuidados de saúde apresentam nas suas estratégias de disponibilização de informação. Reconhecidamente, a maioria dos contactos com os profissionais de saúde dura pouco tempo e mesmo, quando mais prolongado, o potencial da interação não presencial não deve ser dispensado (Mettler & Kemper, 2006).

O facto é que os serviços de saúde têm vindo a reconhecer a necessidade de evoluir para um paradigma de cuidados centrado no cidadão. Estes múltiplos contextos começam a equacionar a possibilidade dos cidadãos terem um papel mais ativo (“empoderado”) na gestão do seu estado de saúde, como um meio para atingir melhores resultados e para uma maior eficiência dos serviços de saúde (Jenkins *et al.*, 2010).

No futuro, mesmo à escala onde foi realizado o nosso estudo, valerá a pena ponderar a utilidade da incorporação, nas práticas, deste tipo de abordagem complementar. Embora de um modo não presencial, o interesse e a disponibilidade demonstrada pelos profissionais para com os clientes pode fortalecer a relação terapêutica, promovendo o envolvimento efetivo da pessoa na gestão da sua saúde. A partilha de informação eficaz entre os enfermeiros das diferentes equipas poderá contribuir, também, para maximizar a continuidade de cuidados.

O formato do programa pode ainda ser otimizado. Várias interrogações foram colocadas aquando do seu planeamento. Tínhamos algumas reservas quanto ao facto deste se desenrolar em contexto grupal, podendo constituir um fator limitador à livre expressão dos participantes, que se poderiam sentir intimidados pela existência de outras pessoas. Este facto não se veio a verificar. No entanto, pensamos que a sua estrutura deve permitir a alternância de sessões em grupo com encontros individuais. A inclusão destes encontros pode possibilitar um conhecimento mais aprofundado da realidade de determinado cliente e, portanto, adequar o plano de cuidados.

A centralidade das sessões de grupo, no âmbito do programa desenhado, determinou a existência de algumas dificuldades na documentação da assistência.

Acerca da documentação de cuidados importa tecer algumas considerações. Como já referido, os enfermeiros procederam a um mapeamento de todos os diagnósticos e intervenções alocados nos atuais sistemas de informação, concretamente no SAPE, tendo verificado que os conteúdos não permitiam documentar o processo resultante da tomada de decisão, decorrente da adoção deste novo paradigma. Os enfermeiros desenvolveram um trabalho exaustivo que culminou na apresentação de novos

diagnósticos e intervenções de enfermagem que, entretanto, foram alocados localmente nos sistemas em uso. Através da documentação dos cuidados esperávamos ser possível acompanhar a evolução dos diagnósticos e dos seus qualificadores, aferindo os ganhos em saúde. Tal não se verificou. Em primeiro lugar, porque a alteração nos conteúdos parametrizados no sistema de informação foi tardia, o que dificultou a criação de “*familiaridade*” dos enfermeiros com a nova lógica de documentação que se recomendava.

Todavia, pensamos que outros motivos poderão ter contribuído para esta ocorrência, nomeadamente a ausência de uma política de sistemas de informação que acompanhem a rede de cuidados continuados e a contratualização de indicadores para as diferentes unidades funcionais. Com efeito, ainda hoje vivemos num clima de alguma indefinição sobre a política de sistemas de informação para a saúde, isto apesar dos esforços que, nos últimos tempos, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) têm vindo a realizar.

Temos assistido a muitas mudanças e indefinições na política de sistemas de informação para a saúde. No particular dos sistemas de informação de enfermagem (SIE), é absolutamente incipiente a utilização dos dados documentados pelos enfermeiros, para efeitos da produção de indicadores relativos aos cuidados de enfermagem. Esta realidade deriva da ausência de uma lógica partilhada de conteúdos nos sistemas de informação e de serviços de terminologia (Pereira, 2007) que garantam a adequação e rigor dos conteúdos parametrizados nos sistemas. Este facto perturbou a nossa intenção de gerar indicadores a partir da documentação de enfermagem, também porque aquela ausência de estratégia tem criado desânimo entre os enfermeiros.

Por outro lado, as políticas de contratualização, a partir de indicadores, com algumas unidades funcionais dos ACES, em particular com as USF, têm criado conflitos sobre “*a quem são atribuídos os resultados*” e, por força de razão, “*os incentivos financeiros*”. Este tipo de situação acabou por criar alguns obstáculos à nossa intenção inicial. Entendemos, contudo, que esta visão segmentada, dentro dos ACES, tem vindo a limitar o avanço de iniciativas com grande potencial para a promoção da saúde dos clientes.

Apesar das dificuldades e limitações apontadas, o programa que está na génese desta tese poderá ser replicado noutros contextos, desde que culturalmente adaptado. Em rigor, julgamos que, em primeira instância, aquilo que poderá ser transferido para outros contextos é a filosofia do *empowerment*, enquanto meio de condução da ação terapêutica.

O modelo do *empowerment* que sustenta o programa desenhado pode ser adaptado a várias disciplinas do conhecimento, e deve ser protagonizado por vários profissionais, em simultâneo. Pretende-se uma abordagem efetuada por uma equipa multidisciplinar, onde cada profissional contribui com os seus saberes e perícias, em uma ação coordenada e focada nas necessidades e expectativas do cliente. Queremos com isto dizer que, apesar de, na nossa opinião, o *empowerment* se ter revelado como muito adequado aos cuidados de enfermagem a estes clientes, pode, também, ser a matriz ou o alicerce de programas alargados e multidisciplinares, sempre focados na promoção da saúde destes clientes. Porém, no contexto desta investigação, decorrente da área deste doutoramento, focamo-nos concretamente no contributo dos enfermeiros.

6.4 CONTRIBUTO DA INVESTIGAÇÃO PARA A DISCIPLINA

Os resultados encontrados na fase inicial do estudo fragilizam o atual modelo de cuidados, ainda predominantemente centrado na doença. Ficou também evidente que os fatores internos à pessoa assumem um papel decisivo nos comportamentos de autocuidado. Neste sentido, os enfermeiros foram motivados a ampliar o espectro da sua ação, passando a intervir mais incisivamente nas razões que levam a pessoa a envolver-se na gestão da sua saúde, e não somente nos aspetos cognitivos relacionados com o conhecimento, ou nos aspetos instrumentais relacionados com procedimentos.

Avançou-se para a operacionalização de um programa de intervenção educacional que se apresentou como uma estratégia para prestar cuidados centrados na pessoa. As intervenções que integram estes cuidados situam-se amplamente no território da dimensão autónoma do exercício profissional de enfermagem e os resultados obtidos refletem a sensibilidade que os fenómenos relacionados com o autocuidado, a adesão e a gestão têm à intervenção dos enfermeiros.

O espaço que mediou entre a reflexão sobre a ação e a concretização do plano educativo constituiu um desafio para todos os elementos da equipa de investigação (na qual estão incluídos os enfermeiros da prática), que procuraram mobilizar conhecimento formal produzido pela teoria de enfermagem. Aqui surgiram vários obstáculos, relacionados com a tomada de decisão, mas também com a operacionalização dos cuidados: Quais os principais focos de atenção perante clientes com diabetes? Quais os dados a recolher para delimitar o diagnóstico de enfermagem? Deveremos intervir essencialmente nas pessoas com algum défice na adesão e na gestão do regime terapêutico? Que

intervenções serão as mais adequadas, tendo em consideração o novo paradigma? Que resultados esperar e o que avaliar?

Os trabalhos mais recentemente desenvolvidos, especialmente em contexto de pós-graduações, vêm iluminar alguns destes problemas, embora ainda se revelem insuficientes. Não havendo nada mais prático do que uma boa teoria, e reconhecendo que os enfermeiros expressam a intenção de adotar uma prática baseada na evidência, torna-se necessário evoluir no desenvolvimento do conhecimento formal da disciplina, que apoie a tomada de decisão acerca dos cuidados centrados na resposta humana às transições, isto é, centrados na pessoa.

Baseados no modelo conceitual do *empowerment*, propusemo-nos a trabalhar com o cliente, indo para além do fornecimento de conteúdos cognitivos (informação sobre a doença) e de recursos instrumentais. Priorizamos intervenções no domínio da reestruturação de crenças e significados, das estratégias de adaptação e da técnica de resolução de problemas, que promoveram a consciencialização, envolvimento e perícia, refletindo-se positivamente na adesão e gestão do regime terapêutico. Todavia, no sentido de contribuir para o corpo de conhecimentos da disciplina, este caminho carece de maior análise e explicitação, constituindo um aspeto que almejamos ser merecedor da nossa atenção em trabalhos futuros.

Para finalizar, interessa referir que as opções metodológicas adotadas nesta investigação comportam algumas limitações e, portanto, os resultados devem ser interpretados com cuidado.

Esta investigação decorreu da identificação de um conjunto de problemas que motivou a investigadora principal a mobilizar, com os enfermeiros da prática (que assumiram o papel de co investigadores) um processo de procura de uma solução ajustada ao contexto. Neste sentido, não temos intenção que este estudo seja generalizável, mas sim transferível.

Da mesma forma não foi nosso propósito ter um grupo de controlo que nos levasse a inferir uma relação causal direta entre o programa e os resultados. Assumimos, no entanto, a sua influência, até pelos dados das entrevistas realizadas aos participantes, que veem reforçar essa ligação. Pelo exposto, somos levados a dizer que o estudo realizado, tendo sido capaz de apontar caminhos mais nítidos para a promoção da adesão dos clientes com diabetes, mostrou-nos, ainda, o potencial que o envolvimento dos enfermeiros na construção de soluções para os problemas com que se deparam no quotidiano, com base na reflexão sobre e para a ação, pode ter. Estes achados radicam e

tornam bem evidente o carácter de “*ciência orientada para a prática*” que a disciplina tem, o que lhe confere um alto valor social.

Acreditamos que o percurso seguido, embora possa ser pontualmente modificado, encerra um potencial de mudança a nível da adequação das práticas de enfermagem e mostra ter robustez para a inclusão de outros técnicos na abordagem conjunta da gestão de um regime terapêutico mais eficiente e eficaz. As vantagens descritas e sentidas pelas pessoas com diabetes e pelos profissionais permitem reconhecer que esta investigação não se esgota neste percurso, podendo servir de inspiração a novos modelos.

6.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, R. & Funnell, M. (2005). *The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators*, (2nd ed.) Virginia: American Diabetes Association.
- Anderson, R. & Funnell, M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79 (3), 277-282.
- Jenkins, M.; Kouri, P. & Weaver, C. (2010). Informatics for personal health management. In Weaver Challote A. [et al.] (ed). *Nursing and Informatics for the 21st Century: An International Look Practice, Education and EHR Trends* (pp.25-43). Chicago: Himss.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mettler, M. & Kemper, D. (2006). Information therapy: the strategic role of prescribed information in disease self-management. *Studies In Health Technology And Informatics*, 121, 373-383.
- Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Santana, S. (2009). Tendências na utilização da internet para questões de saúde e doença em Portugal 2005-2007. *Acta Médica Portuguesa*, 22 (1), 5-14.
- Silva, A. (2011). *Intenções dominantes nas conceções de enfermagem. Estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização do projeto de investigação

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
DO NORTE
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE VILA REAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Exma. Senhora
Maria Rui Miranda Grilo de Sousa
Rua Padre António Vieira, 101 A2
4405-679 VILA NOVA DE GAIA

S/ Ref.º.

S/ Comun. de

Proc. N.º Ref.º.
Coordenação

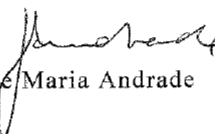
Vila Real,
02-05-2008

ASSUNTO: Programa da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico em Pessoas com Diabetes

De acordo com o solicitado por V. Exa., informamos que, é autorizado a realização do Estudo em epígrafe, nos Centros de Saúde de Chaves I e Murça. Solicitamos, nos seja facultado o resultado final da investigação.

Com os melhores cumprimentos

O Coordenador da Sub-Região de Saúde


José Maria Andrade

MA

ANEXO 2 – Consentimento informado

Consentimento informado

Maria Rui Miranda Grilo Correia de Sousa, a frequentar o curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, na Universidade do Porto, convidam-no(a) a participar no Programa educacional “Viver em harmonia com a diabetes”. Este programa pretende apoiá-lo(a) na gestão da sua diabetes e é dinamizado pelas enfermeiras da Unidade de Cuidados na Comunidade deste centro de saúde.

A sua participação é voluntária. É livre de recusar participar no estudo. A sua não participação ou desistência do programa não irá interferir no seu atendimento e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde desta instituição.

Os dados e resultados diretamente relacionados com todas as fases do programa serão registados no seu processo clínico, de forma a adequar os cuidados de saúde à sua situação.

Caso esteja interessado(a), poderá aceder aos resultados finais do estudo. Para tal, deverá manifestar o seu interesse à investigadora principal.

A qualquer momento, se pretender algum esclarecimento, pode contactar a investigadora principal ou as enfermeiras envolvidas no programa.

Contacto da investigadora responsável:

Telefone: 934164707;

Email: mariarui@esenf.pt

ANEXO 3 – Divulgação Científica

Divulgação Científica

Artigos em revistas com arbitragem científica

Sousa, M; McIntyre, T; Martins, T. & Silva, E. (no prelo). Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD): propriedades psicométricas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.

Sousa, M.; Landeiro, M.; Pires, R. & Santos, C. (2011). *Coping* e Adesão ao regime Terapêutico. *Referência, III (4)*, 151-160. ISSN: 0874-0283.

Sousa, M; Peixoto, M. & Martins, T. (2009). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: Influência na adesão ao regime terapêutico. *Referência, II (8)*, 59-67. ISSN: 0874-0283.

Publicações em atas de encontros científicos

Sousa, M.; Lumini, M.; Pires, R. & Santos, C. (2011). Coping - Terapêuticas de Enfermagem na Promoção de Comportamentos de Adesão. In UNIESEP - Núcleo de Investigação de Saúde e Qualidade de Vida. *Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir* [e-book]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, ISBN 978-989-96103-0-9.

Artigos em livros de resumos

Sousa, M.; Pereira, F. & Martins, T. (2014). Promovendo competências pessoais – a autoeficácia nos comportamentos de saúde. Resumos do 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15 (supl)*, p.94.

Sousa, M. & Martins, T (2010). Dificuldades na Adesão ao Regime Terapêutico. Ajuda ao alcance dos familiares. *Psicologia, Saúde & Doenças. Volume 11 (S1)*, p. 91. ISSN 1645-0086.

Comunicações orais

Sousa, M.; Pereira, F. & Martins, T. – *Promovendo competências pessoais – a autoeficácia nos comportamentos de saúde*. 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto, fevereiro, 2014

Sousa, M. – *Promover o autocuidado - apoiar a adesão e a gestão do regime terapêutico*. Programa de intervenção de enfermagem em pessoas com diabetes. III Encontro de

Doutorandos em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, março 2011.

Sousa, M. & Martins, T. – *Dificuldades na adesão ao regime terapêutico. Ajuda ao alcance dos familiares*. 8.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Saúde, sexualidade e Género. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa, fevereiro 2010

Sousa, M. & Martins, T. – *Promover a adesão ao regime terapêutico. A intervenção do enfermeiro*. Seminário sobre a Abordagem do Risco Global Cardiovascular. ACES do Alto Tâmega e Barroso. Chaves, março 2010.

Sousa, M. & Martins, T. – *Aprendizagens para a saúde ou corretivos para a doença?* 1.ª Reunião Anual do Núcleo de Enfermagem em Cardiologia. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Porto, outubro 2010.

Sousa, M. & Martins, T. – *Empowerment do doente: reflexos na saúde*. 6.º Encontro de Enfermagem em Cardiologia. Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE e Associação Cardiologia em Movimento. Vila Real, maio 2010.

Comunicações em painel ("poster")

Sousa, M.; Martins, T. & Pereira, F. – *Nursing Intervention Program for Promoting Adherence in Diabetic's patients*. ICN's Conference. Nurses Driving Access, Quality and Health. International Council of Nurses. Malta, maio 2011

Sousa, M.; Lumini, M.; Pires, R. & Santos, C. – *Coping. Terapêuticas de Enfermagem na Promoção de Comportamentos de Adesão*. V Congresso Saúde e Qualidade de Vida. Núcleo de Investigação Saúde e Qualidade de Vida. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, fevereiro 2011

Sousa, M.; Martins, T.; Peixoto, M.; Bastos, F. & Silva, E. – *Fidelidade e estabilidade do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes*. IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida. Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, fevereiro 2009

ANEXO 4 – Autorização dos autores das escalas

Coimbra, 17 novembro de 2011

Ex.ma Senhora Enfermeira:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Junto anexo cópia desta versão.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Maria Rui

De: Maria J. Figueiras <mfigueiras@almada.ipiaget.org>
Enviado: quarta-feira, 25 de Novembro de 2009 12:08
Para: mariarui@esenf.pt
Assunto: RE: artigo brief-IPQ
Anexos: hypertensive patients.pdf; brief-IPQ.pdf; brief.ipq.pdf

Cara Maria

Envio em anexo a prova do artigo que já está publicado online. Envio também a escala utilizada que agradeço que referencie em concordância com este meu artigo, e envio também o artigo original.

Gostaria de ir sabendo notícias sobre o seu trabalho.

Cumprimentos

MJ

-----Mensagem original-----

De: mariarui@esenf.pt [<mailto:mariarui@esenf.pt>]
Enviada: sexta-feira, 20 de Novembro de 2009 9:54
Para: mfigueiras@almada.ipiaget.org
Assunto: artigo brief-IPQ

Dra. Maria João

Agradecia então que me enviasse esse artigo bem como a referência.

Precisava também da escala (brief-IPQ).

Muito obrigada pela sua disponibilidade.

Cumprimentos

Maria Rui

Maria Rui

De: Robert Anderson <boba@umich.edu>
Enviado: segunda-feira, 24 de Maio de 2010 15:50
Para: mariarui@esenf.pt
Assunto: Re: DES-SF
Anexos: EthnicityDiseaseArticle.pdf; TPE_Article.pdf; ATT00013.txt

Hi Maria,

You are welcome to translate the DE-SF (though 7 of the 8 items also appear on the long version of the DES). We use the DES-SF as a pre- post measure in our intervention studies. We long for significant improvement (Compared to a control group) as a result of participating in our intervention. <see attached papers> There are no cut off scores. Take care. Bob

Maria Rui

De: José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
Enviado: segunda-feira, 9 de Novembro de 2009 15:54
Para: mariarui@esenf.pt
Assunto: Re: escala suporte social

Autorizo a utilização da escala pedida abaixo José Luis Pais Ribeiro jlpr@fpce.up.pt mobile/cell phone (351) 965045590 <http://paisribeiro.googlepages.com/>

----- Original Message -----

From: <mariarui@esenf.pt>

To: <jlpr@fpce.up.pt>

Sent: Monday, November 09, 2009 2:01 PM

Subject: escala suporte social

> Professor Doutor Pais Ribeiro

>

> Sou colega da Teresa Martins, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e

> estou a desenvolver o meu doutoramento no âmbito da adesão ao regime

> terapêutico com diabéticos tipo 2, sendo ela a minha orientadora. A Teresa

> já lhe enviou o projecto para que o professor o visse e desse a sua

> opinião. Se tal fosse possível agradecia-lhe imenso. Aproveito para o

> enviar novamente em anexo.

> De um modo geral, pretendo, em conjunto com os enfermeiros da prática,

> implementar um programa de intervenção que promova a adesão. O suporte

> social é uma das variáveis a estudar.

> Assim, gostaria de pedir a sua autorização para utilizar a Escala de

> Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

> Se necessitar de alguma informação mais detalhada sobre o estudo estou à

> disposição.

>

> Com os melhores cumprimentos

>

> Maria Rui Sousa

>

> --

> This message has been scanned for viruses and

> dangerous content by MailScanner, and is

> believed to be clean.

>

>

--

This message has been scanned for viruses and

dangerous content by MailScanner, and is

believed to be clean.

Cara Colega
Maria Rui Sousa

Porto, 19 de Maio de 2010

Serve o presente documento para autorizar a aplicação da Escala de Autocuidado com a Diabetes no seu trabalho de investigação "Promover o Autocuidado, apoiar a adesão e a gestão do regime terapêutico", sob orientação da Professora Teresa Martins e do Professor Filipe Pereira.

Para os autores, a aplicação da EAD em novos contextos e lugares representa uma recompensa e um contributo para que esta área de actuação adquira maior relevância na prática dos cuidados.

Se tiver alguma dúvida ou precisar de algum esclarecimento não hesite em contactar.

Com os melhores cumprimentos,



Fernanda Bastos

ANEXO 5 – Guião da entrevista diagnóstica

Guião orientador da entrevista diagnóstica

Pretendemos saber as dificuldades que tem na gestão da sua diabetes, mas também os aspetos que o ajudam a cuidar da sua doença. É importante, para nós, enfermeiros, compreender como é “viver com a diabetes”, para podermos adequar os cuidados às necessidades reais das pessoas.

Sexo_____; Idade_____; Tempo de doença_____

(1) O que lhe aconselharam a fazer para cuidar da sua diabetes?

Quanto à alimentação;

Quanto à medicação;

Quanto à atividade física;

Quanto à autovigilância.

(2) Tem tido dificuldades em seguir as recomendações dos profissionais de saúde?

Na alimentação;

Na medicação;

Na atividade física;


Na autovigilância.

(3) O que o ajuda a cuidar melhor da sua diabetes?


(4) Sente que os enfermeiros o têm ajudado a cuidar da doença?

(5) O que pensa que estes profissionais podem fazer para o ajudar a controlar a sua diabetes?

ANEXO 6 – Questionários



13374



Por favor, preencha completamente os círculos com esferográfica azul ou preta.

Para rectificar, coloque uma cruz na opção errada e preencha completamente o círculo da opção correcta. preta.

Para anular completamente uma pergunta, coloque um risco a atravessar todas as opções possíveis.

Preencha ☐ assim ☒ assim não ☐

Preencha assim ☒ ☐

Preencha assim ☐ ☒ ☐

Parte I- Dados Sociodemográficos

N.º questionário: (não preencher)

CS Murça ☐ CS Chaves ☐

Data

Telefone

N.º SNS

Auto-relato ☐ Hetero-relato ☐

Antes programa ☐ Após programa ☐

Assinale a resposta que for adequada ao seu caso (ou complete-a, se for caso disso), em relação às seguintes questões:

1 - Idade: 2 - Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐ 3 - Estado civil: Solteiro(a) ☐

Casado(a)/união de facto ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐

Viúvo(a) ☐

4 - Habilitações literárias (anos completos de escolaridade):

5 - Situação Profissional: Empregado(a)/activo(a)/baixa clínica ☐

Desempregado(a) ☐

Reformado(a)/invalidez ☐

Trabalho não remunerado ☐

Estudante ☐

Nunca trabalhou ☐

Outros ☐ Qual?

6 - Profissão actual ou anterior (especificar):

7 - Com quem vive: Cônjuge/companheiro(a) ☐

Família nuclear (marido/esposa e filhos) ☐

Família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros, etc.) ☐

Família reconstituída (resultante de nova união) ☐

Sozinho(a) ☐

Num lar ☐

Outros ☐

Qual?

Dados da diabetes

8 - Que idade tinha quando lhe foi diagnosticada a sua diabetes?

9 - Que idade tinha quando iniciou a medicação para a diabetes?

10 - Tem tido dificuldades em seguir o tratamento (alimentação, medicação, exercício físico) que faz para a diabetes?

Com a alimentação Sim ☐ Não ☐

Com a medicação Sim ☐ Não ☐

Com o exercício físico Sim ☐ Não ☐

Desenhado por: ESEP | CIT
CITQ0056Pv1

1 / 8

	1. Problemas de saúde que tem	2. Relacionados com a diabetes		
		Sim	Não	Não sei
Problemas visuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas no coração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas nos rins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acidentes Vasculares Cerebrais (tromboses ou hemorragias)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tensão arterial alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Triglicerídeos altos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pouca sensibilidade nas pernas e pés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[illegible]

Sobre o exercício físico Sim ☐ Não ☐

Gostariamos que respondesse a algumas questões acerca da diabetes tipo 2 (Diabetes Mellitus Não Insulinodependente). Para tal, leia atentamente as seguintes frases e assinale no **Verdadeiro, Falso** ou **Não Sei**. Note que em cada grupo pode haver mais que uma resposta verdadeira ou falsa.

	Verdadeiro	Falso	Não Sei
1. A diabetes é definida por			
a) ter açúcar a mais no sangue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) a pessoa ter muita sede.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) o nosso corpo produzir sempre insulina a mais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) haver perda rápida de peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A diabetes pode ser causada por			
a) ter peso a mais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) fazer uma alimentação pouco saudável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ter pouca actividade física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ter familiares com diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) não descansar o suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A diabetes é uma doença que			
a) dura pouco tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) cura completamente, se o doente tomar a medicação receitada pelo médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) é de longa duração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) vai durar para o resto da vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) aparece e desaparece.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Verdadeiro	Falso	Não Sei
4. No tratamento da diabetes			
a) uma alimentação saudável é tão importante como a medicação receitada pelo médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) o diabético só deve comer três vezes por dia (ao pequeno almoço, almoço e jantar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) normalmente tem que se tomar sempre a medicação receitada pelo médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) é importante andar a pé (tipo marcha) diariamente e cerca de 20 minutos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) não se deve comer massas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. O doente diabético não pode			
a) fazer ginástica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) nunca comer bolos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) estar muitas horas sem comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) fazer viagens longas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Para a doença não piorar			
a) deve praticar-se exercício físico várias vezes por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) a quantidade de açúcar no sangue deve estar próximo dos valores normais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) é importante vigiar a tensão arterial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) é necessário fazer a picada no dedo para saber os valores de açúcar no sangue.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) os valores de açúcar no sangue devem estar muito baixos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) é importante avaliar a acetona na urina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Devido à diabetes, outros problemas de saúde			
a) podem acontecer só aos diabéticos que fazem injeções de insulina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) podem causar doenças nos olhos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) podem ser evitados ou atrasados se a doença for vigiada e bem controlada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) podem surgir sem o diabético dar por isso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) só podem ser tratados depois do doente ter notado sintomas ou sinais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parte III - Escala da auto-eficácia na Diabetes (DES-SF)

Por favor, assinala o local que indica o nível em que pensa situar-se conforme as afirmações dadas.

Em geral, eu acredito que:	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 ... sei com que partes dos cuidados com a minha diabetes estou insatisfeito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 ...sou capaz de transformar as minhas metas estabelecidas para a diabetes num plano funcional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3...posso tentar diferentes formas para ultrapassar os obstáculos que me impedem de atingir os objectivos que tenho para a diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 ...conheço estratégias positivas para lidar com o stress relacionado com a diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 ...quando necessário, posso procurar ajuda para cuidar e viver com a minha diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 ... sei o que me ajuda a manter motivado para cuidar da minha diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7... conheço-me suficientemente bem como pessoa para fazer as escolhas mais correctas nos cuidados com a diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 ...posso encontrar formas de me sentir melhor a viver com a diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estamos interessados em conhecer a sua opinião acerca da sua diabetes. Por favor, para cada uma das questões que se seguem, coloque um círculo no número que melhor corresponde à sua maneira de pensar:

[illegible]

O que pensa que pode ter causado a sua doença? Por favor refira por ordem de importância as causas da sua doença.

As causas mais importantes para mim são:

[illegible]



Parte V - Escala de actividades de auto-cuidado com a diabetes

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos 7 dias. Se esteve doente durante os últimos 7 dias, por favor lembre-se dos últimos 7 dias em que não estava doente.

	0	1	2	3	4	5	6	7
1. ALIMENTAÇÃO GERAL								
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA								
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoeceu as suas bebidas com açúcar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ACTIVIDADE FÍSICA								
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA								
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 Quantos dias por semana lhe foram recomendados que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. CUIDADOS COM OS PÉS								
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. MEDICAMENTOS								
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos (antidiabéticos orais ou insulina) da diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OU (se toma insulina e comprimidos ao mesmo tempo):								
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. HÁBITOS TABÁGICOS								
7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS? Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/>								
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: <input type="text"/> <input type="text"/>								
7.3 Quando fumou o seu último cigarro?								
Nunca fumou <input type="radio"/>								
Há mais de dois anos atrás <input type="radio"/>								
Um a dois anos atrás <input type="radio"/>								
Quatro a doze meses atrás <input type="radio"/>								
Um a três meses atrás <input type="radio"/>								
No último mês <input type="radio"/>								
Hoje <input type="radio"/>								



Parte VI - Avaliação da qualidade de vida na diabetes

As perguntas seguintes questionam, numa escala de "0" a "10", o seu grau de satisfação. "0" significa que se sente totalmente insatisfeito, "10" significa que se sente totalmente satisfeito. No meio da escala está o "5" que significa neutro (nem satisfeito nem insatisfeito).

1. Pensando acerca da sua vida pessoal e das suas condições, qual o seu grau de satisfação **com a sua vida em geral?**

totalmente insatisfeito			Neutro				totalmente satisfeito			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Em geral, como classificaria a sua diabetes?

Nada grave			Grave				Muito grave			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Em geral, como diria que a sua saúde é:

Excelente Muito boa Boa Razoável Fraca Má Péssima

4. Em geral, como classificaria a sua qualidade de vida?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5. Qual o termo que melhor descreve o modo como lhe corre a vida em geral?

Horível Infeliz Muito insatisfatória Nem satisfatória nem insatisfatória Em grande parte satisfatória Feliz Muito feliz

6. Para cada um dos pontos seguintes escolha, por favor, o número que melhor exprime o seu grau de satisfação com cada uma das áreas da sua vida que são indicadas.

Qual é o seu grau de satisfação com	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Um pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
A. O tratamento para a diabetes que está a receber?	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
B. A quantidade de controlo que tem sobre a sua vida?	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
C. As mudanças que teve de fazer na sua vida por causa da diabetes (mudanças na alimentação, exercício físico, insulina, comprimidos para a diabetes, picada no dedo para controlar o açúcar no sangue)?	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
D. A possibilidade de viver uma vida tão longa quanto você gostaria?	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
E. A sua vida sexual?	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
F. A sua capacidade para satisfazer as suas necessidades financeiras?	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
G. A sua aparência pessoal?	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>



1. Acha que a sua família o(a) ajuda a cuidar da sua diabetes (por ex. lembra-o para tomar a medicação, tem cuidado com a sua alimentação, etc)?

Sim, ajuda-me
muito

Sim, ajuda-me
alguma coisa

Não, não me ajuda
nada

Dificulta o meu
cuidado

C

Q

CC

2- Se respondeu sim, qual (quais) a(s) pessoa(s) da família que lhe dá(dão) mais apoio?

[illegible]

3- Se respondeu sim, de que forma é que a sua família o ajuda a cuidar da sua diabetes?

4 - Se respondeu não de que forma é que a sua família dificulta o seu cuidado com a diabetes?

Obrigada pela sua colaboração



Parte VIII - Factores de risco

Tensão Arterial Peso , Perímetro abdominal , Índice de Massa Corporal , Colesterol Data: / Triglicéridos Data: / Hemoglobina Glicosilada , Data: /

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO 7 – Guião da entrevista pós-programa

Guião orientador da entrevista pós-programa

Pretendemos saber se o programa “*Viver em harmonia com a diabetes*” teve algum efeito na forma como gere a sua doença.

Para tal, pedimos-lhe que nos diga se o cuidado que tem, atualmente, com a sua diabetes foi influenciado pelo facto de ter participado no programa.

Em que mês frequentou o programa?

Conhecimentos

- Acha que sabe mais sobre a diabetes depois de ter frequentado o programa?
- Se sim, pode especificar em que aspetos?

Representações de doença

- Depois do programa a ideia que tinha da diabetes mudou? Ajudou a alterar a imagem, a “fotografia” que tinha da doença?
- Atualmente que ideia tem das consequências ou impacto que a diabetes pode ter na sua vida?
- Acha que controla mais a sua diabetes após o programa, isto é, que domina mais a diabetes agora?
- A diabetes preocupa-o mais agora, depois do programa?

Autoeficácia

- Acha que agora se sente mais capaz de lidar com a sua diabetes?
- O programa ajudou-o a refletir sobre o que pretende fazer para controlar a doença?
- Acredita que consegue fazer algo para melhorar a sua diabetes? E a encontrar as estratégias para mudar?

Gestão do regime alimentar

- Depois do programa mudou os seus hábitos alimentares?

- Se sim, em que sentido?

Gestão do regime medicamentoso

- Depois do programa acha que alterou os cuidados com a medicação?

Gestão da atividade física

- E na prática de atividade física, acha que o programa teve alguma influência?

Autovigilância

- O programa teve influência na monitorização da glicemia (no controlo do açúcar)?
- E nos cuidados com os pés?

Suporte familiar

- Pensa que o programa contribui para o envolvimento da sua família na gestão da sua diabetes?